

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 161

LES
LIPOMES DE LA MAIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 juillet 1922

PAR

Raymond-Félix SOULÉ-RUTH

Né à Pleine-Selve (Gironde), le 20 mai 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
		LAGRANGE, professeur.....	Juges.
		TEULIÈRES, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921 - 1922

N° 161

LES
LIPOMES DE LA MAIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 juillet 1922

PAR

Raymond-Félix SOULÉ-RUTH

Né à Pleine-Selve (Gironde), le 20 mai 1896.



Examineurs de la Thèse

{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
	LAGRANGE, professeur.....	{ Juges.
	TEULIÈRES, agrégé.....	
	PAPIN, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.		MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.... MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale... FERRE.
Clinique chirurgicale....	CHAVANNAZ.	Clinique ophthalmologique.. LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infan-
Pathologie et thérapeu-		tile et orthopédie..... DENUCÉ.
tique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.... BÉGOUIN.
Clinique d'accouchem ^{ts} .	RIVIÈRE.	Clinique médicale des mala-
Anatomie pathologique		dies des enfants..... MOUSSOUS.
et microscopie clini-		Chimie biologique et médi-
que.....	SABRAZÈS.	cale..... DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.. SIGALAS.
Anatomie générale et		Médecine coloniale et cli-
histologie.....	G. DUBREUIL.	nique des maladies exoti-
Physiologie.....	PACHON.	ques..... LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies euta-
Médecine légale et déon-		nées et syphilitiques.... W. DUBREUILH.
tologie.....	VERGER.	Clinique des maladies des
Physique biologique et		voies urinaires..... POUSSON.
clinique d'électricité		Clinique des maladies ner-
médicale.....	BERGONIÉ.	veuses et mentales..... ABADIE.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryn-
Botanique et matière mé-		gologie..... MOURE.
dicale.....	BEILLE.	Toxicologie et hygiène appli-
Pharmacie.....	DUPOUY.	quée..... BARTHE.

MM. PRINCETEAU. — GUYOT. — LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.
Anatomie et embryolo-	N.	
gie.....	N.	
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	Médecine générale.....
Physiologie.....	DELAUNAY.	
Anatomie pathologique.	MURATET.	Maladies mentales.....
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé).	Médecine légale.....
naturelles.....	N.	
Physique biologique et		Chirurgie générale.....
médicale.....	RÉCHOU.	
Chimie biologique et		Obstétrique.....
médicale.....	N.	
	PETGES.	Ophthalmologie.....
Médecine générale.....	J. CARLES.	Pharmacie.....
	MAURIAC.	N.

CHARGÉS DE COURS :

Cours de Clinique dentaire.....	MM.	CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....		CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....		VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....		PERY.
Cours complémentaire d'Ophthalmologie.....		CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....		ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale....		SELLIER.
Cours complém ^{ts} de Démonstrations et Préparations pharmaceut.		LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....		RANGIER.
Cours complémentaire de Vénéréologie.....		PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....		MAURIAC.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les acciden-		
tés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....		ROCHER.
Cours complém ^{ts} annexe. — Prothèse et rééducation profession ^{lle}		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A qui je dois tout. Hommage de ma plus
tendre affection.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

In memoriam.

A MA GRAND'TANTE

MEIS ET AMICIS

A MON COUSIN

MONSIEUR LE DOCTEUR ÉDOUARD CADENAULE

*Médecin-fondateur de l'École de Puériculture
et de l'Œuvre des nourrissons de la Policlinique de Bordeaux,
Médecin-chef du Service d'enfants de la Maison de santé protestante,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qui a joué le rôle de cause prédisposante dans l'étiologie de ma vocation, et qui m'offre l'exemple d'une carrière toute d'honneur, de travail et de dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS TRAISSAC

Avec mes sentiments d'affectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MOUSSOUS

*Professeur de Clinique médicale des maladies des enfants à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommages respectueux et reconnaissant souvenir.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR W. DUBREUILH

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui m'a fourni de précieux renseignements pour la rédaction de cette thèse, et à qui j'exprime mes respectueux remerciements.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

C'est avec une émotion bien sincère et profonde que je vous exprime ma respectueuse et immense gratitude, car non seulement vous m'avez, par votre enseignement, fait profiter de votre science, non seulement vous m'avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse, mais aussi et surtout, à une époque déjà lointaine, où la chirurgie était encore hésitante, dans des conditions terriblement défavorables, vous avez su oser; et vous avez remporté un de vos plus brillants succès : c'est ainsi que je vous dois la vie de ma mère.

AVANT-PROPOS

Meminisse juvat...

Alors qu'il arrive au terme du voyage, celui qui a longuement poursuivi l'horizon et durement buté aux cailloux du chemin aime se rappeler ceux dont les mains amies l'ont guidé dans les bons sentiers, ceux dont les sages et bonnes paroles l'ont éclairé et réconforté aux heures d'hésitation ou de désespérance. Et au soir de la dernière étape enfin parcourue, dans la douceur de ce repos qui prépare à d'autres départs, il aime associer leur mémoire à sa joie: on est heureux de se souvenir.

Aussi, avant de quitter la Faculté de Médecine de Bordeaux, il nous est agréable d'exprimer à nos maîtres, à la place d'honneur, en tête de ces modestes pages, toute la reconnaissance que nous leur devons pour les précieux enseignements qu'ils nous ont donnés, et la constante bienveillance qu'ils nous ont témoignée. Que de fois notre travail nous parut attrayant, combien d'efforts inutiles nous furent épargnés, grâce aux leçons lumineuses et vivantes entendues dans les amphithéâtres ou aux lits d'hôpital!

Nous aimons nous rappeler que nous fîmes nos premières armes dans le service de M. le docteur Bousquet, dont le talent à scruter les malades frappa vivement notre attention de débutant, et qui évoquait à nos yeux une sorte d'Inquisition Clinique. Nous le remercions, avec une émotion empreinte de la mélancolie de souvenirs déjà si anciens, de son indulgence souriante et si aimablement ironique.

Pour la première fois transfuge à la suite de notre passage du camp de la médecine dans celui de la chirurgie, nous fîmes

le stagiaire de M. le professeur agrégé Duvergey pendant un semestre qui compte parmi les meilleurs.

Puis vinrent les cliniques. D'impérissables souvenirs nous appelaient chez M. le professeur Chavannaz. Nos espoirs n'y furent point déçus, et d'avoir suivi l'enseignement magistral, si clair et si logique, de ce maître éminent, lui-même si scrupuleux dans ses interventions, nous sommes heureux que se soit accrue notre dette de reconnaissance.

Nous n'oublierons pas le stage passé chez M. le professeur Villar, dont la science aimable s'imposait avec autant d'affabilité que d'autorité, ni celui où il nous fut donné d'admirer la grande expérience et la profonde sagesse, la conscience et la bonté du Maître vénéré qu'est M. le professeur Arnozan.

M. le professeur Sabrazès, avec sa haute érudition et son inlassable obligeance, sut réaliser le paradoxe de cacher sous les fleurs de son enseignement les épines de cette science un peu sévère qu'est l'anatomie pathologique.

Sans avoir eu l'honneur de faire partie officiellement des services de MM. les professeurs Cassaët, Bégouin, Pousson, nous les avons suivis avec autant d'assiduité que possible, et nous les remercions respectueusement de tout ce qu'ils nous ont appris d'une façon si captivante.

Nous exprimons aussi nos respectueux remerciements à M. le professeur W. Dubreuilh, à M. le professeur agrégé Rocher et à M. le docteur Charrier pour les précieux documents qu'ils ont eu l'obligeance de nous communiquer en vue de la rédaction de cette thèse, et, pour la même raison, notre reconnaissant souvenir est acquis à M. le docteur Mangé et à M. Rioux, internes, et à notre ami M. Léo Borliachon, externe des hôpitaux.

A tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, du fond du cœur, merci.

Et maintenant que nos études sont terminées, sans plus nous attarder à la faible tâche accomplie, repartons d'un cœur fort vers l'œuvre énorme de demain: les difficultés de la pra-

tique médicale, heureusement couronnées parfois de quelles précieuses satisfactions scientifiques ou morales ! Mais alors que nous disons adieu à cette Faculté familière, nos études sont-elles vraiment achevées ? Non, car toute notre vie il nous restera à apprendre, et nos maîtres nous donnent l'exemple d'un labeur sans répit. Nous continuerons, à l'avenir comme par le passé, à imiter ceux qui sont dignes de l'être, ceux qui « nous ont enseigné notre art et que nous devons estimer à l'égal de nos parents », suivant le serment d'Hippocrate.

LES

LIPOMES DE LA MAIN

INTRODUCTION

En fréquentant le service de notre maître M. le professeur Chavannaz, nous avons eu l'occasion d'observer un sujet porteur d'un lipome situé à la face palmaire de la main droite. La rareté du cas et les difficultés du diagnostic, beaucoup plus délicat qu'on ne pourrait le croire de prime abord, amenèrent notre maître à penser qu'il y avait là matière à des considérations intéressantes, et qu'il était d'autant plus opportun d'attirer sur cette question l'attention du clinicien que cette tumeur, si bénigne en soi, peut, mal connue, exposer le patient aux pires désagréments, une fausse estimation de la nature du mal et une exagération de la gravité du pronostic pouvant entraîner le chirurgien à des extrémités thérapeutiques dont l'outrance est absolument incompatible avec le *primum non nocere* des anciens. D'autre part, il importe de rassurer les pusillanimes, et le médecin ne peut convaincre son malade que s'il est lui-même convaincu... du moins en général. M. Chavannaz voulut bien nous conseiller de choisir

ce cas comme sujet de notre thèse inaugurale, et nous le remercions vivement de la bienveillance qu'il nous a fait l'honneur, une fois de plus, de nous témoigner.

Notre but est bien modeste: nous nous proposons seulement de faire une mise au point de la question aussi complète et aussi brève que possible, de préciser certains détails, de diagnostic notamment, qui, dans les travaux précédents, nous ont paru manquer des développements nécessaires ou qui même n'ont pas été mentionnés, de confronter les cas publiés qui ont retenu notre attention pour en tirer les conclusions que leur rapprochement nous aura suggérées, et d'apporter à cette étude la contribution de trois observations inédites, dont la première, celle qui va suivre, a été rédigée avec autant de détails que nous l'a permis la netteté des souvenirs de notre malade, car de celles déjà parues, certaines, surtout parmi les premières en date, sont d'un laconisme fâcheux pour le chercheur.

OBSERVATION I (inédite)

(CHAVANNAZ.)

X..., 50 ans, employé de commerce, vient à la consultation de M. le professeur Chavannaz pour une grosseur qu'il présente à la paume de la main droite.

Il y a quinze ans environ, sans pouvoir en faire remonter l'origine à aucun traumatisme, le malade s'est aperçu qu'il portait sur la face palmaire de cette main, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire, une petite grosseur, du volume d'un pois, molle, non douloureuse, sans modification de coloration des téguments. Aucune gêne n'en résultait pour les divers mouvements de la main. Progressivement et très lentement cette tumeur augmenta de volume, s'étendant excentriquement d'une façon identique dans tous les sens, en suivant une évolution régulière, aussi bien en largeur qu'en relief, sans provoquer aucune douleur, la peau demeurant toujours mobile sur les plans sous-jacents, conservant sa coloration normale et ne présentant aucun trouble sécrétoire

ni trophique. Un médecin consulté avait fait le diagnostic d'épanchement de synovie. Des applications locales de teinture d'iode demeurèrent absolument inefficaces, et par la suite un traitement par ignipuncture profonde n'obtint pas davantage de résultats.

Il y a une dizaine d'années, sur les conseils d'un charlatan (d'un chirurgien... barbier), le malade appliqua pendant une semaine, sur la grosseur diagnostiquée par l'homme de l'art « loupe », une pommade corrosive de composition inconnue. Il se produisit une ulcération très douloureuse, purulente, donnant issue à un pus très épais et homogène, occupant toute la surface de la grosseur, et pénétrant en profondeur, au dire du malade, tout près du plan osseux. La douleur très vive fit cesser le traitement. Un médecin conseilla des pansements humides et la cicatrisation se produisit en une quinzaine de jours sans aucune adhérence cicatricielle, ni bride, ni gêne fonctionnelle. La peau était revenue à son état normal, sans aucune trace ou presque de cicatrice. A ce moment la surface palmaire était redevenue complètement plane. Mais aussitôt l'évolution de la tumeur recommença, de sorte qu'un an après elle avait atteint la même grosseur que celle qu'elle présentait avant l'application de la pommade.

Il y a environ sept à huit ans, le malade commença à éprouver, l'hiver, au petit doigt de la main droite une sensation persistante de froid. La peau était pâle. Puis il ressentit au même doigt des fourmillements suivis d'engourdissements, d'insensibilité et de parésie qui survenaient surtout la nuit, beaucoup plus rarement le jour à l'occasion du travail d'écriture, et qui étaient calmés par une sensation de fraîcheur qu'il recherchait spontanément. A noter que ces troubles ne s'accompagnaient d'aucune sensation de chaleur ou de froid.

Environ une année après, le petit doigt de la main gauche à son tour présenta les mêmes troubles, mais moins accusés, seulement par intermittences. Le plus souvent les deux doigts étaient pris ensemble, mais fréquemment aussi le doigt de droite était seul douloureux. Très rarement le doigt de gauche présentait isolément ces symptômes. Rien à aucun des autres doigts.

Ces troubles disparurent en même temps des deux côtés il y a

environ un an. Cependant au petit doigt de droite persista une légère insensibilité.

Il y a deux ans la tumeur présentait le volume d'un gros œuf de pigeon, s'étendant jusque dans le prolongement de l'auriculaire en dedans et du médius en dehors. A ce moment la peau commença à se colorer en rose clair, la tumeur continuant à augmenter de volume, et en même temps se développa un prolongement vers la face palmaire de la première phalange de l'auriculaire jusqu'à son côté cubital, puis, toujours de dehors en dedans (Radius — Cubitus), un second sur la face dorsale, ces deux prolongements se rejoignant sur le bord cubital et déterminant autour de la racine de ce doigt un bourrelet large d'un bon centimètre et surélevé de deux à trois millimètres, ou plutôt deux grosseurs, l'une palmaire, l'autre dorsale, à relief nettement marqué. Il ne s'était produit aucune modification des deux autres phalanges de l'annulaire. Le doigt n'était pas gêné dans ses mouvements. L'évolution se poursuivit régulièrement.

Il y a quatre mois la tumeur s'étendait jusque dans le prolongement du bord externe du médius, et présentait la forme d'une demi-sphère à peine aplatie, de trois centimètres de flèche. A ce moment, un nouveau prolongement apparut, émergeant de la partie située en face de la commissure index-médius, prolongement beaucoup moins en relief, beaucoup plus fondu avec la zone normale circonvoisine, se développant avec la même allure que le précédent, sans modifier l'aspect de la peau. Il avait atteint un centimètre de longueur quand le malade se présenta à la consultation de M. le professeur Chavannaz.

Examen clinique. — La tumeur occupé exactement l'éminence hypothénar. La peau est rose, mobile, traversée par quelques petites veines superficielles. Le malade ne ressent aucune douleur, mais se plaint d'être gêné pour remuer le petit doigt. Les mouvements de préhension sont conservés, mais la force de la main est affaiblie. La tumeur présente une certaine consistance : ferme et rénitente dans tout son ensemble sur la paume de la main, elle est nettement fluctuante sur le côté cubital. Elle est mobile en masse sous la peau.

On peut aussi la faire tourner autour d'un axe passant par son centre et perpendiculaire à la surface cutanée.

Le malade nie tout antécédent tuberculeux ou syphilitique, tant personnel qu'héréditaire, mais présente les signes d'un nervosisme marqué : ses réflexes rotuliens, notamment, sont vifs. Dans sa famille, on n'a jamais observé ni loupe, ni kyste, ni tumeur d'aucune sorte.

On hésite entre le diagnostic de lipome et celui de kyste épidermique traumatique, mais finalement on s'arrête à la première opinion.

Opération le 7 juin 1922. Incision de la peau de haut en bas, sous anesthésie générale au chloroforme. Enucléation de la tumeur qui vient facilement, la capsule qui l'entoure étant environnée d'un tissu cellulaire favorable au clivage. Toutefois, il faut extraire un bourrelet assez volumineux qui s'engageait au-dessous de la racine de l'annulaire, du côté dorsal, mais qui était en plus logé sous le tendon fléchisseur de l'auriculaire.

La tumeur examinée par M. le professeur Sabrazès montre qu'il s'agit d'un lipome pur avec, au pourtour, une capsule fibreuse assez mince.

Suites opératoires normales. Guérison per primam. La main du malade a recouvré l'intégrité de ses mouvements et de son esthétique.

Nous regrettons bien vivement de n'avoir pu, pressé par des circonstances indépendantes de notre volonté, consacrer à cette thèse tout le temps que nous aurions voulu, et d'avoir été obligé de hâter un peu nos recherches. Nous avons cependant tâché de compenser, dans la mesure du possible, cette insuffisance par notre bonne volonté, et nous souhaitons que la pierre nouvelle, si petite qu'elle soit, que nous apportons de notre mieux à l'œuvre commune, justifie la confiance que nous a témoignée celui qui nous a inspiré.

I

Historique

C'est en 1709 que Littre se servit pour la première fois du terme de « Lipome » pour désigner des tumeurs de nature graisseuse et d'allure absolument bénigne. On peut rencontrer de telles productions néoplasiques à peu près dans toutes les parties du corps, mais de même qu'il y a des régions de prédilection, par exemple le dos et les lombes, de même il y a des endroits où ces tumeurs prennent rarement naissance: ainsi la main est une de ces localisations exceptionnelles, et encore s'agit-il presque toujours, dans ce cas, de lipomes de la face palmaire. On s'accorde à dire que c'est Pelletan qui en a publié la première observation en 1834. Le malade de cet auteur a été opéré par Dupuytren et l'observation est assez particulière pour que nous croyions devoir la citer en entier.

OBSERVATION II

(PELLETAN.)

J.-B. F..., âgé de 20 ans, cocher, bien portant, entre à l'Hôtel-Dieu le 2 mars 1809. Il portait, en dedans du pouce et de la main, un lipome du volume d'une pomme reinette. Le pouce était renversé vers le dos de la main avec luxation entre les première et seconde phalanges; enfin, une exostose assez volumineuse avait pris naissance sur la face interne de cette articulation. La tumeur était indolente, sans changement de couleur de la peau; elle était de surface

irrégulière et d'une assez grande solidité. Le malade témoignait n'en pas connaître l'ancienneté, et l'avoir vue croître par degrés insensibles. On pouvait craindre que ce ne fût une tumeur lymphatique, mais son insensibilité absolue et l'excessive lenteur de son développement appuyèrent l'idée que c'était un lipome, et on en pratiqua l'excision.

J'étais dans l'opinion que la perte du pouce était inévitable; qu'on ne pourrait jamais disséquer la peau qui en couvrait la face interne, et que son ablation simplifierait beaucoup le procédé opératoire. Le chirurgien qui allait opérer (Dupuytren) avait une telle opinion contraire que je cédai à la confiance qu'il avait dans son projet d'opération.

Il incisa la peau depuis le sommet du pouce jusqu'au milieu de la main, c'est-à-dire dans toute la longueur de la tumeur; une seconde incision traversa la première, et l'on procéda à la dissection: ce fut, en effet, une véritable dissection anatomique; elle dura pendant vingt-deux minutes et l'on fut aussi étonné de la patience du chirurgien que du courage du malade, mais enfin la tumeur fut enlevée; elle tenait de tout point par un tissu cellulaire très serré; il sortit même à peine quelques gouttes de sang; mais surtout la peau du pouce était si mince qu'elle se recroquevilla comme du parchemin exposé au feu. L'articulation du pouce ne fut point ouverte, malgré son état de luxation; la peau fut rapprochée autant que possible, et le tout couvert de charpie et d'un appareil convenable.

Une pareille opération devait être suivie d'accidents; en effet, il survint une très grave inflammation; des abcès se formèrent le long de la face interne de l'avant-bras, du bras et dans la paume de la main; la peau de la face interne du pouce tomba par la gangrène; mais la nature, les bons soins et le jeune âge du sujet ont triomphé de toutes ces complications; la peau de la face interne du pouce s'est allongée et est parvenue à en couvrir la face interne et même l'exostose, laquelle a perdu spontanément la moitié de son volume; le pouce a été redressé; tous les foyers de pus se sont consolidés, et il ne reste en ce moment que la convalescence des parties, c'est-à-dire raideur des muscles de l'avant-bras et de la main, suture de l'articulation du pouce qui ne se meut que dans sa fonction avec

le premier os du métacarpe, et des cicatrices adhérentes aux tendons qui laisseront probablement le sujet estropié.

L'observation de Pelletan présente ceci de particulier qu'il s'agit d'une lésion triple: d'un lipome, d'une exostose et d'une luxation. C'est la raison pour laquelle nous l'avons citée en entier. Elle prêterait à des considérations multiples, notamment à savoir si c'est le lipome qui a produit l'exostose (attendu sa régression spontanée après l'opération), si c'est l'exostose qui a luxé la phalangine. Nous nous contentons de signaler le fait qu'on ne retrouve dans aucune autre observation de lipome de la main ou du doigt. On pourrait s'étonner aussi que le chirurgien n'ait pas enlevé l'exostose; mais, en 1809, la chirurgie n'était pas encore très audacieuse.

Cette même année 1834, Rognetta mentionne deux autres cas de lipomes observés à la clinique de Dupuytren: un lipome de l'éminence thénar et un autre de l'éminence hypothénar. Les observations sont peu détaillées et laissent planer un certain doute sur la nature véritable du mal.

Un autre cas de tumeur de l'éminence hypothénar fut publié, en 1844, par Robert, dans les *Annales de thérapeutique médicale et chirurgicale*. Il s'agissait d'un lipome qu'on avait pris pour un kyste à grains riziformes.

En 1852, nous trouvons l'observation de Follin. Il s'agit d'un lipome développé sur les faces antérieure, externe et un peu postérieure du médius, du volume d'un œuf de poule environ. La même année, les auteurs citent aussi une observation de Foucher, reproduite dans la thèse de Cosson (Paris, 1879). Il ne s'agit cependant pas d'un lipome, mais d'une tumeur sanguine érectile, née au niveau de la deuxième phalange de l'index.

Boinet, en 1866, présente un cas de lipome d'une forme complexe, occupant les éminences thénar et hypothénar, avec quatre prolongements correspondant à chaque articulation métacarpo-phalangienne. La consistance molle et la crépitation firent poser le diagnostic de kyste synovial à grains rizi-

formes. Richet (en 1867), Trelat (en 1868), ont observé des cas semblables de lipome simulant de tels kystes à grains riziformes.

En 1870, nous trouvons deux observations étrangères: c'est d'abord celle de Perrassi, concernant un volumineux fibro-lipome de la paume de la main. C'est ensuite le cas du Suédois Neyper que je tiens à mentionner particulièrement.

OBSERVATION III

(NEYPER.)

Une femme de 67 ans avait une tumeur de la grosseur d'une belle pomme à la seconde phalange de l'annulaire gauche. Elle s'était régulièrement accrue dans les trente dernières années et gênait seulement par sa présence les fonctions de la main.

Neyper prit la tumeur pour un enchondrone et désarticula le doigt.

Les recherches histologiques faites par Axel Rey démontrèrent qu'il s'agissait d'un lipome.

L'observation de Neyper, sans autres particularités, est intéressante pour la raison que c'est la première dans laquelle l'erreur de diagnostic a entraîné une intervention mutilante; nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

Dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1873, Pitres cite le cas d'un fibro-lipome de l'éminence thénar, et dans la *Revue médicale de l'Est*, Rigaud, la même année, donne une observation concernant un lipome de la paume de la main droite et de l'éminence thénar, dont un prolongement passait sous le ligament annulaire antérieur du carpe.

Deux observations allemandes sont publiées en 1876, par Volkmann et Ranke. L'une d'elles attire une remarque toute spéciale. La malade était une tailleuse de 18 ans, dont le doigt médius avait reçu de nombreuses blessures, et où particulièrement la pression des ciseaux déterminait une sensibilité

désagréable. C'est précisément à cet endroit souvent blessé que se développa le lipome. C'est une première observation de lipome traumatique.

Dans la thèse déjà citée de Cosson, nous trouvons une observation intéressante de Péan, que nous rapportons ci-après, car elle constitue un premier cas de lipome congénital.

OBSERVATION IV

(PEAN.)

Un enfant âgé de 3 ans fut amené à la consultation du 30 avril 1875. Ses parents désiraient que l'on remédiât à une déformation particulière de la main droite qu'il avait, disaient-ils, toujours présentée, mais qui devenait de plus en plus choquante à mesure que l'enfant grandissait.

En comparant les deux mains, on constate aisément que la droite est sensiblement plus large que la gauche. Les deux premiers métacarpiens sont plus écartés vers leur extrémité inférieure que ceux du côté gauche. En outre, à la base de l'éminence thénar, à cinq centimètres au-dessous et en dedans de la première articulation métacarpo-phalangienne, on aperçoit une petite saillie de forme peu déterminée. Au toucher on constate qu'elle est formée par une tumeur profonde, pâteuse, sans fluctuation manifeste, indépendante des parties molles qui glissent à sa surface, indolente et sans battements.

Examinée par transparence, elle est opaque.

Après avoir endormi l'enfant par le chloroforme, on fit l'énucléation de la tumeur. On eut des nouvelles de l'opéré à des intervalles réguliers. Au bout de huit jours, la plaie était fermée et, le 10 juillet 1875, la déformation de la main était sensiblement corrigée. La tumeur enlevée était un lipome.

A partir de ce moment, le nombre des observations croît rapidement. Ce sont celles de Notta, Moulinier, Pozzi, Le Fort, Hodges et Bryant, Villar, Baumgartner, Dubar, et tout récemment Martin et Grenier.

Les tumeurs lipomateuses de la main font l'objet de plusieurs thèses françaises. Ce sont celle de Durant, de 1893, sur les fibromes, lipomes et fibro-lipomes de la main et des doigts; celle de Canaby, de 1895, sur les lipomes de la paume de la main; celle d'Odoul, de 1903, sur les lipomes du doigt; c'est enfin celle de Berenchtein, de 1918, qui se base sur un assez grand nombre d'observations publiées dans les vingt dernières années.

II

Étiologie

Avant de nous engager davantage dans l'étude du lipome de la main, il est bon de vérifier la valeur des observations qui nous ont été léguées par nos devanciers, puisque ce sont elles qui doivent avant tout servir de base à notre travail, et non les diverses interprétations, propres à chaque auteur, qui en ont été faites, et nous verrons que si nous ne pouvons peut-être pas nous permettre de les rejeter formellement, il y a lieu tout au moins de faire parfois de sérieuses réserves.

Quand on cherche à réunir, comme nous l'avons fait, toutes les observations qui ont été publiées sous le titre de lipome de la main, soit de la région palmaire, soit des doigts, on en trouve environ une cinquantaine. Mais, quand on les lit toutes attentivement, on voit qu'il y en a d'abord quelques-unes qui se réduisent à une simple citation, et d'autres qui ne peuvent être maintenues comme se rapportant à un lipome de la main. Nous avons déjà cité l'observation de Pelletan: lipome du pouce, compliqué d'exostose et de luxation. Rognetta cite deux cas de tumeurs lipomateuses, situées dans la paume de la main, et il ajoute qu'il n'est pas très sûr qu'il ne s'agissait de tumeur de tout autre nature. Dupuytren les jugea lipomateuses; nous voulons donc bien admettre que les observations Pelletan et Rognetta concernent de véritables lipomes de la main. L'observation de Bloch peut être considérée comme douteuse, car l'auteur ne donne aucun détail, et ajoute qu'il y a eu récédive. Il est vrai qu'au cours de notre travail nous verrons que les lipomes de la main peuvent récidiver et que

cette allure exceptionnelle conduit à des erreurs de diagnostic. Parmi les cas douteux, il faut compter aussi le fait rapporté par Pozzi: « On observe à la peau de la main, dit Pozzi, une autre variété de lipome que celles dont il vient d'être question: c'est un angio-lipome qui se développe sous la peau au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; j'ai eu l'occasion d'en opérer un. Le microscope seul permet de découvrir les vaisseaux. » Il est donc probable que la tumeur enlevée par Pozzi était un angiome. L'observation de Foucher ne peut pas être admise comme une preuve de lipome; à notre avis, il s'agit d'un angiome érectile. Voici d'ailleurs cette observation, relatée dans la thèse de Cosson.

OBSERVATION V

(FOUCHER.)

Foucher présente le doigt indicateur d'un homme ayant sur la face antérieure de la deuxième phalange une petite tumeur d'apparence sanguine, qui semble avoir des connexions étroites avec l'artère collatérale et qu'il croit de nature érectile.

Lebert a examiné ultérieurement cette tumeur. Il a trouvé à la surface des veines dilatées, puis dans l'intérieur un tissu grenu, rougeâtre, paraissant composé de vaisseaux dilatés. Au microscope, il a trouvé beaucoup d'éléments graisseux entourés de capillaires. Sur le trajet de ces vaisseaux, il y a de petits sacs qui constituent autant de petits anévrysmes. Il n'a pu déterminer d'une façon exacte les rapports de la tumeur avec l'artère collatérale des doigts.

Toutefois, comme nous le verrons au chapitre de la pathogénie, on a prétendu que le lipome provient de la dégénérescence d'un angiome, ce qui pourrait peut-être expliquer la présence du tissu graisseux au milieu des éléments de la tumeur vasculaire. Duplay, Rochard et Demoulin mentionnent qu'à la main les angiomes sont souvent associés aux lipomes.

Au point de vue de l'étiologie, les lipomes, comme beaucoup

d'autres tumeurs, peuvent être divisés en deux grandes classes, suivant qu'ils sont congénitaux ou acquis.

I. — On admet généralement l'existence de *lipomes congénitaux*. Nous avons relaté plus haut, dans l'historique, l'observation de Péan, qui semble confirmer le fait. C'est Morestin surtout qui a défendu cette thèse. Les lipomes de la main sont d'une grande rareté, dit-il. Les lipomes congénitaux, exceptionnels partout ailleurs, le sont encore bien davantage dans cette région. Pour appuyer son opinion, Morestin donne comme preuve l'observation suivante :

OBSERVATION VI

(MORESTIN.)

Le malade est un homme de 69 ans, entré pour une hydrocèle assez volumineuse occupant la vaginale du côté droit. Cet homme était porteur en outre d'un lipome pédiculé de la partie interne du triangle de Scarpa du côté droit, et enfin de la tumeur de la main que nous allons maintenant décrire.

Cette tumeur fait saillie à la partie antérieure de la main gauche : elle répond aux éminences thénar et hypothénar, à la partie antérieure du poignet et surtout à la paume. Son volume est comparable à celui d'une très grosse orange. Voici plus précisément ses limites : elle descend dans la paume jusqu'au pli de flexion moyen dont on retrouve encore la trace. En arrière de ce pli transversal, elle couvre le creux palmaire, l'hypothénar dans toute sa largeur et la plus grande partie de l'éminence thénar. Elle répond en outre au poignet dans toute sa hauteur et presque toute sa largeur, s'étendant un peu plus du côté externe où elle arrive jusqu'à l'apophyse styloïde. Sa forme générale est arrondie ; mais à côté d'une masse principale, comparable aux trois quarts d'une sphère, on note la présence de deux lobes beaucoup plus petits répondant l'un à la partie externe du poignet, l'autre soulevant les téguments à l'union du poignet et de l'avant-bras, au niveau des tendons du grand et du petit palmaire.

Le revêtement de la tumeur principale diffère par son aspect de celui des deux lobes accessoires. Ceux-ci sont recouverts par les téguments normaux du poignet et de l'avant-bras sous lesquels ils sont logés. La masse principale est entourée d'une peau moins souple, plus sèche, plus épaisse, dépourvue de poils, présentant çà et là des striations: ce sont les téguments de la face palmaire qui lentement distendus ont fourni son enveloppe à cette volumineuse tumeur. Ajoutons que la coloration est elle-même bien différente. Au niveau de la grosse tumeur, la peau est plus colorée, plus rouge, ce qui contribue encore à indiquer qu'il s'agit bien de la face palmaire de la main.

La palpation montre que ce revêtement cutané est très souple, que sans être complètement indépendant de la masse sous-jacente il présente à sa surface une certaine mobilité. La tumeur est de consistance demi-molle : on reconnaît très aisément qu'elle est formée de lobes distincts, plus ou moins indépendants les uns des autres. Elle est indolente, irréductible, peu mobile sur les parties profondes, complètement logée dans le tissu cellulaire sous-cutané. Tous les tendons, tous les muscles de la main fonctionnent de la manière la plus satisfaisante.

La tumeur laissant libre la partie antérieure de la paume et la partie externe de l'éminence thénar, le sujet exécute très facilement les mouvements de flexion. Il peut saisir sans aucune peine tous les objets; sa main n'a subi aucune diminution dans l'aptitude au travail. Bien plus la préhension s'exerce avec plus de solidité encore qu'avec une main normale grâce au point d'appui fourni par cette tumeur souple, résistante et indolente. De fait, pendant de longues années cet homme a été mécanicien de chemin de fer. Il déclare n'avoir jamais été incommodé dans l'exercice de son métier, qui exige à la fois de la force et de la précision dans les mouvements.

La lésion existe depuis la naissance. Elle a augmenté lentement, graduellement jusqu'à l'âge adulte. Puis elle est demeurée stationnaire. Le malade ayant atteint l'âge de 69 ans sans avoir jamais été incommodé par sa tumeur, et ayant fini par la considérer comme une partie très utile de sa main, ne songe pas un seul instant à s'en débarrasser.

Etant donnés la consistance, la lobulation, le siège sous-cutané, la parfaite indolence de la tumeur, sa très lente évolution sans aucun changement pendant près de 70 ans, sans souffrance, sans complication, sans un trouble fonctionnel quelconque, sans altération des téguments, malgré les traumatismes répétés dans tous les usages de la main, il ne peut s'agir que d'un lipome. La présence d'une autre tumeur lipomateuse vient encore à l'appui de cette opinion. Dans un certain nombre de lipomes palmaires on a pu constater une sorte de crépitation. Ce signe nous fait ici défaut.

A côté de ces observations françaises, qui paraissent donner raison à ceux qui admettent comme pathogénie possible du lipome de la main une origine congénitale, il existe quelques observations étrangères qui se rapportent aussi à des enfants en bas âge, et qui pourraient plaider en faveur de la thèse de la congénitalité du lipome de la main. Mais si la plupart de ces observations ont été acceptées avec l'étiquette de « lipomes de la main », certains de ceux qui les ont publiées l'ont fait sous un titre différent, reconnaissant eux-mêmes qu'il s'agit d'une autre affection. Nous pensons comme eux et nous croyons que ces observations se laissent grouper en un ensemble qui montre l'aspect clinique d'une diathèse encore à étudier. A notre avis, chacune des histoires que nous allons relater n'est probablement que l'expression variable d'un stade plus ou moins avancé d'une même affection. Qu'on en juge.

OBSERVATION VII

(KUSTER.)

Kuster fait une courte mention d'un lipome diffus observé chez un enfant de 4 ans $\frac{1}{2}$; il s'étendait sans limite précise du bord cubital du petit doigt jusqu'au coude. Grâce à des extirpations partielles successives, on parvint à en débarrasser le malade.

Comme on le voit, il s'agit d'un lipome diffus, allant du petit doigt au coude; il ne semble pas y avoir d'autres lésions. Il en est de même dans l'observation de Muller, avec la seule différence que le lipome diffus est né sur la gaine tendineuse.

OBSERVATION VIII

(MULLER.)

Il s'agit d'un garçon de 6 mois. A la fin du deuxième mois, la mère remarqua au niveau de la deuxième phalange de l'index gauche, sur la face palmaire, un gonflement qui, peu à peu, atteignit les dimensions d'une petite châtaigne. La tumeur est blanchâtre et fluctuante, un peu mobile sur l'os. La peau se laisse plisser, la mobilité du doigt n'est pas compromise.

A l'opération, la peau se laisse facilement détacher. Cependant, dans les couches profondes, les limites de la tumeur avec le tissu adipeux normal du doigt ne sont pas nettes. La tumeur adhère aussi si *solidement à la gaine tendineuse* que le bistouri est nécessaire pour la séparer.

La tumeur a une forme aplatie. Aucune trace de lobulation ordinairement fréquente dans le lipome. L'une des faces est concave, l'autre présente à la face palmaire du doigt un sillon peu profond. A l'examen microscopique les coupes présentent du tissu conjonctif et du tissu adipeux. De larges tractus conjonctifs traversent le tissu adipeux pour se dissocier ensuite vers les bords de la coupe. Ça et là on voit vers les bords des portions de glandes sudoripares. Les lobules graisseux qui les séparent ne présentent aucune prolifération conjonctive.

On a ici sous les yeux le tissu adipeux normal du doigt et l'on peut acquérir la preuve que nulle part il n'y a démarcation nette entre ce tissu adipeux normal et le lipome. La limite est à peine indiquée par la dissociation en pinceau des larges tractus conjonctifs. La tumeur ne peut donc pas être dite encapsulée. Aussi a-t-on l'impression que le point de départ du lipome a été la gaine tendineuse. Les larges tractus conjonctifs représentent la couche du tissu con-

jonctif lâche qui enveloppe la gaine tendineuse et qui s'est condensée sous la pression croissante du lipome. Cette opinion s'accorde aussi avec ce que nous enseigne l'extirpation: la tumeur ne peut être séparée, sans l'aide du bistouri, de la gaine tendineuse et sur les côtés on ne pouvait constater de démarcation nette avec le tissu graisseux du doigt.

La situation est déjà plus sévère dans le cas de Baumgartner.

OBSERVATION IX

(BAUMGARTNER.)

L'auteur a observé un enfant de 4 ans dont les doigts médus et auriculaire étaient défigurés par deux lipomes diffus. Il voulut les enlever, mais la peau très amincie se gangréna de suite. Il fallut désarticuler les doigts. Peu à peu toute la main devint lipomateuse et les douleurs qui existaient dès le début augmentèrent.

L'évolution de l'affection chez ce petit malade ne cadre pas avec ce que nous voyons dans les cas de lipome simple de la main. La peau, au-dessus de la tumeur, est intéressée, se gangrène et nécessite une intervention mutilante qui n'arrêta pas l'évolution du mal. Il se pourrait aussi que nous soyons en présence d'un sarcome.

Voici enfin une observation de Giani, où la dystrophie graisseuse a produit le maximum de lésions.

OBSERVATION X

(GIANI.)

Un garçonnet de 4 ans présentait depuis sa naissance une déformation assez curieuse de la main droite. On constatait une masse mollassse, à cheval sur les faces palmaire et dorsale de la main et située entre le pouce et l'index qu'elle écartait au maximum. Plus

développée du côté de la paume, elle se continuait avec le pouce et l'index auxquels elle donnait un aspect éléphantiasique. L'index était notamment aussi gros qu'un pouce adulte; on avait dû, plus de trois ans auparavant, réséquer sa phalange terminale qui était déviée en dedans et venait buter contre le médius. La radiographie montra que le squelette de l'index participait pour sa part à l'hypertrophie des parties molles.

Après incision de la peau et résection d'une partie de la masse adipeuse, on tomba sur une tumeur du volume d'une noix, se prolongeant vers l'extrémité du doigt par de petites ramifications qui paraissaient se distribuer aux téguments et dû côté du poignet par un cordon de la dimension du petit doigt qu'une incision au niveau du carpe permit de reconnaître pour le nerf médian hypertrophié. On réséqua ce nerf à partir du point où il avait été mis à découvert par cette incision exploratrice. Le résultat fonctionnel fut excellent.

L'examen de la pièce permit de constater que le lipome sous-cutané se continuait par des transitions insensibles avec l'infiltration adipeuse constituant la tumeur développée aux dépens du nerf médian. A mesure qu'on se rapprochait du poignet cette infiltration diminuait, mais on remarquait à son lieu et place une abondante prolifération de tous les éléments conjonctifs du tronc nerveux, donnant à celui-ci son aspect hypertrophique.

Dans ce cas particulier, nous sommes en présence d'une lipomatose diffuse, d'une tumeur probablement conjonctive du nerf et d'une lésion osseuse. Laquelle des trois est la première en date? ou mieux: laquelle est la principale? On ne saurait le dire et toutes les hypothèses sont permises.

Ce qui est remarquable dans toutes les observations que nous avons citées, c'est qu'elles concernent toujours les enfants en bas âge et qu'il s'agit toujours de lipomes diffus. Quel que soit le nom que l'on donne à ce genre d'affection, nous persistons à croire qu'elle ne rentre pas dans le cadre des lipomes que nous avons l'habitude de rencontrer chez les adultes et qui sont des lipomes acquis.

Nous devons encore éliminer des lipomes purs de la main

le cas publié par Wagner sous le titre : « Hypertrophie de la main: tumeur lipomateuse acquise ». Il s'agit peut-être d'une affection qui rentre dans le cadre de la lipomatose congénitale dont nous avons parlé plus haut. Voici son observation

OBSERVATION XI

(WAGNER.)

Chez un garçon porteur d'une main droite hypertrophique, il se forma à l'âge de 5 ans une tumeur graisseuse au thorax droit qui s'étendit progressivement du sternum à l'aisselle et finit par envahir le bras et l'avant-bras. A l'âge de 18 ans, le bras mesurait deux pouces de plus que l'autre et l'avant-bras quatre pouces. A la main droite, le pouce, plus petit qu'à l'état normal, était séparé de l'indicateur par une tumeur graisseuse; ce dernier doigt mesurait six pouces et demi de circonférence maxima et la troisième phalange était en hyper-extension. Le médius avait au niveau de sa première phalange une circonférence de treize pouces et demi et diminuait vite d'épaisseur. Les quatrième et cinquième doigts, charnus, mesuraient ensemble quatorze pouces. Entre le cinquième doigt et le poignet il existait encore une tumeur graisseuse. Les veines du dos de la main présentaient une dilatation variqueuse; la main pendante devenait rouge et se remplissait de sang comme une éponge. Les mouvements n'étaient pas abolis.

Dans le cas du petit garçon de Muller, observation que nous avons rapportée plus haut, il est dit que le point de départ du lipome *pouvait* être la gaine tendineuse. Il existe des lipomes des gaines tendineuses, que l'on divise en lipomes circonscrits et lipomes arborescents. Ils ont fait l'objet d'une étude récente du docteur Mangé, de la Faculté de Bordeaux. Quelques observations citées comme lipomes de la main ou des doigts peuvent rentrer dans le cadre des lipomes des gaines tendineuses. Si nous mettons encore un gros point d'interrogation sur l'observation de Mason-Waren, peu détaillée, dans

laquelle il s'agit d'un enfant dont la première phalange d'un doigt fut amputée pour tumeur adipeuse soi-disant tumeur maligne, il nous reste de nos 52 observations 40 qui peuvent être considérées comme des cas certains de lipome ou fibrolipome de la main ou des doigts. A ces 40, ajoutons 3 observations inédites et une publiée tout récemment, de sorte que notre travail se base sur 44 observations.

II. — On a voulu préciser les conditions de formation des *lipomes acquis*, et beaucoup d'auteurs, sur la foi d'un certain nombre d'observations, incriminent en premier lieu le traumatisme. Mais il faut remarquer que dans beaucoup de cas il est absolument impossible de retrouver cet agent dans les antécédents du sujet, et d'autre part, là comme ailleurs, mais surtout en matière de coups ou de blessures, le malade a tendance à user du *post hoc, ergo propter hoc*, et il n'est pas impossible que de simples coïncidences aient été interprétées comme relation de cause à effet.

Toutefois, il y a des raisons de croire que le traumatisme n'est pas sans influence sur la production d'un lipome de la main. Malheureusement, les observations publiées ne le mentionnent que rarement. Parmi celles que nous connaissons, il n'y en a que cinq où le traumatisme soit réellement indiqué comme cause provocatrice du mal. La malade de Villar se pince le doigt dans une porte: il se produit une forte ecchymose et, sept mois après, apparaît un lipome exactement au même endroit. L'une des malades de Ranke, tailleur de son métier, se blessait souvent le médius, soit par des piqûres d'aiguille, soit par la pression des ciseaux. Nous venons de citer l'observation du postier de Muller qui s'était coupé le doigt précisément à l'endroit où se développa le lipome. Martin et Grenier rapportent que la femme qu'ils opérèrent, et dont l'observation figure au chapitre Diagnostic de notre étude, présentait un lipome situé à la face palmaire de l'annulaire gauche, au niveau du point comprimé par l'alliance. Enfin, nous allons reproduire l'observation inédite que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Rocher, et où le traumatisme est encore nettement incriminé.

OBSERVATION XII (inédite)

(ROCHER.)

Le commandant X..., âgé d'environ 50 ans, a vu survenir progressivement après un traumatisme (traction violente sur un gros fil de fer) une tumeur sur la face palmaire de l'index de la main droite. Le début de l'évolution date d'à peu près deux ans.

Lorsque nous avons examiné ce malade, il présentait une tumeur lobulée, encapsulée, occupant toute la face palmaire de l'index droit, sauf au niveau de la phalangette. Cette tumeur empiète légèrement sur la paume de la main. Elle est mobilisable sur les plans profonds et non douloureuse. Les téguments qui la recouvrent sont sains. La fonction de l'index n'est gênée que par le fait de la présence de la tumeur. Celle-ci donne une impression de rénitence. Le diagnostic de lipome est fait avant l'intervention.

Opération en 1910, deux ans après l'apparition du néoplasme, sous anesthésie locale à la novocaïne. Au moyen d'une incision longitudinale légèrement déjetée sur le bord externe de l'index, on extirpe facilement cette tumeur qui se laisse cliver sans difficulté, tant du côté des téguments que du côté des plans profonds. La coulisse tendineuse du fléchisseur est respectée. Il n'y a pas d'adhérences avec le tendon. La peau exubérante de la face palmaire de l'index est réséquée. Suture des téguments. Petit drain. Suites opératoires normales. Réunion per primam au bout d'un mois. Le malade est revu à ce moment et les mouvements du doigt sont normaux.

A la coupe, la tumeur est uniquement constituée par du tissu fibro-lipomateux. Surface lobulée. Consistance mollassse. Elle a le volume d'une aubergine dont l'extrémité distale serait légèrement amincie, d'où son aspect piriforme.

La profession n'est à considérer justement qu'en raison des traumatismes qu'elle peut provoquer: soit accidentels comme dans le paragraphe précédent, soit répétés et continus par suite des nécessités du métier. De fait, c'est surtout chez

les ouvriers manuels que l'on rencontre ces tumeurs, où tout au moins dans les classes modestes, plus habituées à peiner. Mais, là encore, il importe de remarquer que ce sont elles seules qui fournissent le contingent des malades d'hôpital, et que les observations ne sont guère puisées dans d'autres milieux.

Si nous envisageons maintenant le sexe de nos malades, nous trouvons 25 hommes et 19 femmes. La proportion, de part et d'autre, est donc sensiblement la même. Certains ont prétendu que l'homme est plus exposé que la femme, en raison de son genre de vie plus agité, mais ceci nous ramène à la théorie qui subordonne la naissance du lipome à un traumatisme antérieur.

En ce qui concerne l'âge, abstraction faite de la prime enfance, notre plus jeune malade a 15 ans, le plus âgé en a 73, et on ne peut relever aucun changement de proportion d'un décennium à l'autre. La durée de l'affection est fort variable; elle oscille entre 14 mois et 70 ans, ce qui n'a rien d'étonnant, car les lipomes de la main sont absolument indolores, et les malades ne s'en plaignent que lorsque la gêne devient marquée. Parfois même, ils s'habituent à leur tumeur au point de refuser l'extirpation.

Les antécédents des malades sont complètement muets au point de vue de l'étiologie et ils ne permettent aucune conclusion. Dans le seul cas de Poulet, on signale du rhumatisme; nous allons revenir sur ce sujet en étudiant la pathogénie.

Pour terminer ce chapitre de l'étiologie, nous signalerons encore la fréquence plus grande des lipomes de la main par rapport à ceux des doigts, mais nous devons ajouter que souvent les lipomes de la main passent aux doigts, ou inversement des doigts à la main. Dans notre statistique, nous comptons 33 lipomes de la main et 11 seulement des doigts. En ce qui concerne le côté atteint, nous comptons seize fois indiqué le côté droit et huit fois seulement le côté gauche.

III

Pathogénie

On a essayé de découvrir, en même temps que les causes qui président à l'apparition des lipomes, le mécanisme suivant lequel elles agissent, mais, à côté de certains faits qui paraissent probants, d'autres nous laissent dans une incertitude profonde, de sorte qu'en définitive on en est réduit, une fois de plus, aux seules hypothèses, comme presque toujours en ce qui concerne l'étiologie ou la pathogénie des tumeurs.

De nombreuses théories ont cherché à expliquer ce *processus* inconnu. Sans entrer dans des détails inutiles, il nous semble intéressant de les exposer brièvement.

On crut d'abord devoir faire jouer un rôle aux diathèses. Verneuil attribua une importance majeure à l'*arthritisme*, et Krohn à l'*hérédité*. Broca accusa l'obésité, et, se basant sur des cas de lipomes multiples et souvent diffus, admit l'existence d'une diathèse lipomateuse, ce qui constitue une pure explication verbale. Peut-être dans certains cas l'arthritisme est en cause, mais on est forcé de reconnaître que, le plus souvent, il n'y a aucune relation entre ces tumeurs et l'état général d'embonpoint du sujet. Virchow a remarqué que des lipomes peuvent apparaître chez un individu qui maigrit et, à part l'observation de Ranke, aucune ne fait mention de l'obésité du patient. Le malade de M. Chavannaz, notamment, présentait une certaine maigreur. Il semble bien que les lipomes de la main, le plus souvent uniques, constituent un accident purement local.

Puis vinrent les *théories glandulaires*, dont les partisans invoquèrent des troubles endocriniens, notamment un défaut de fonctionnement de la thyroïde. Mais cette conception, bien qu'à la mode, ne reçut pas la sanction des faits. Gross mit en cause l'insuffisance de l'élimination graisseuse par les glandes cutanées, et voulut ainsi expliquer la rareté des lipomes à la main et aux doigts. En effet, les glandes de la peau existent en abondance dans ces régions, qui sont par conséquent moins exposées aux engorgements dus à une hypo-excrétion. Pour cet auteur, le traumatisme et l'arthritisme seraient responsables de ces perturbations, qui produiraient des lipomes, isolés ou multiples, suivant que la cause agirait localement ou, au contraire, sur de vastes territoires, par l'intermédiaire du système nerveux. Mais cette théorie ingénieuse n'a jamais trouvé de preuves et n'est que l'œuvre d'une fertile imagination.

D'ailleurs, *l'origine nerveuse* de la formation des lipomes a été soutenue par Mathieu et Bouju, dans leurs études sur les lipomes symétriques. Il est admis, en effet, que certains phénomènes d'ordre congestif, que certains œdèmes se produisent sous l'influence directe du système nerveux. Il ne paraît y avoir, d'après Mathieu, que des degrés insensibles entre les phénomènes nervo-moteurs purement congestifs de l'ordre des œdèmes, des érythèmes, et des productions plus stables, telles que le lipome; entre l'œdème rhumatismal, le pseudo-lipome et le lipome vrai, il n'existe pas de démarcation franche. Cet auteur cite quelques faits à l'appui de sa thèse, mais l'existence de lipomes encapsulés s'accorde mal avec cette théorie.

D'après la *théorie vasculaire* de Lannelongue et Sénac, le lipome proviendrait de la dégénérescence d'un angiome, mais cette conception ne s'appliquerait qu'à certains lipomes ostéopériostiques ou congénitaux.

Nous ne citerons que pour mémoire la *théorie embryonnaire* et la *théorie ganglionnaire*, qui ne peuvent s'appliquer à des lipomes de la main, puisque la première ne concerne que les lipomes glandulaires et périglandulaires et que, suivant la

seconde, ces tumeurs proviendraient d'amas graisseux concentrés autour de ganglions subissant une inflammation chronique; mais cette condition n'est ni nécessaire ni suffisante, car les lipomes apparaissent fréquemment en des régions dépourvues de ganglions, et, de plus, cette condensation adipeuse n'est que la manifestation très ordinaire d'une inflammation chronique.

C'est ainsi qu'on est amené à envisager une *théorie inflammatoire*, qui compte aujourd'hui de nombreux défenseurs, et qui permet d'expliquer, dans une certaine mesure, le rôle du traumatisme. L'irritation occasionnée par ce dernier se traduirait par une inflammation, c'est-à-dire de la stase sanguine et un développement de la vascularisation, d'où résulterait une exagération de la nutrition favorable au développement du lipome. C'est ainsi que l'on observe la formation de masses lipomateuses autour d'organes chroniquement enflammés comme le rectum, le rein, la vessie, les articulations des rhumatisants. Toutefois, il faut bien remarquer que, suivant la parole de Brault, « tout amas adipeux n'est pas un lipome », celui-ci demeurant beaucoup plus indépendant vis-à-vis du reste de l'organisme.

On pourrait chercher à faire une distinction entre les inflammations banales et les inflammations spécifiques. Mais de telles considérations nous entraîneraient hors du cadre de notre travail, et nous nous contenterons d'y revenir à propos du diagnostic. Qu'il nous suffise dès maintenant de mentionner que, parmi celles qu'on envisage, trois surtout retiennent l'attention: le rhumatisme, la tuberculose et la syphilis.

Nous avons donné toutes ces théories pour ce qu'elles valent et nous pensons qu'aucune ne satisfait entièrement. Suivant la remarque de Quénu, elles expliquent sans doute l'amas lipomateux, mais non le vrai lipome encapsulé. Le plus souvent, cette tumeur est apparue sans qu'on puisse rien découvrir qui l'explique: ni l'état général, ni les troubles nerveux ou épidermo-sécrétoires, ni la présence d'un angiome ou d'une inflammation ne viennent en révéler l'origine, et la pathogénie reste voilée sous le même mystère.

IV

Anatomie pathologique

Au point de vue anatomo-pathologique, les lipomes de la main ne diffèrent nullement de ceux que l'on rencontre en tout autre endroit du corps. Histologiquement, et même macroscopiquement, ces tumeurs sont entourées d'une capsule propre : lipomes encapsulés, ou bien ils se confondent sans démarcation nette avec les tissus avoisinants : lipomes diffus. Le lipome diffus est assez rare. Quant au lipome encapsulé, il possède une enveloppe constituée de cellules conjonctives jeunes, à noyau très coloré et présentant quelquefois des figures karyokinétiques diffuses, à protoplasme peu abondant et homogène. Ces cellules sont tassées les unes contre les autres et on n'aperçoit point de ciment intercellulaire. Dans l'épaisseur même de cette capsule cheminent des vaisseaux à paroi embryonnaire qui se ramifient en même temps que les prolongements interlobulaires de la capsule et qui apportent à la tumeur le sang nécessaire à sa nutrition.

La tumeur elle-même est constituée par des travées de tissu conjonctif plus ou moins épaisses, se divisant et se subdivisant en rameaux très déliés et circonscrivant des sortes de lobules constitués par des cellules graisseuses. Les travées conjonctives présentent habituellement la même structure que le tissu conjonctif qui forme la capsule propre du lipome. On n'y trouve pas de fibres élastiques. Les lobules graisseux sont constitués par de grosses cellules à paroi très nette. Le contenu cellulaire est transparent par suite de la dissolution de la graisse au cours des manipulations histologiques. Le proto-

plasme est refoulé excentriquement et apparaît généralement sous forme d'une mince languette un peu plus épaisse là où se trouve le noyau. Les cellules adipeuses sont de taille variable, généralement aussi grosses que dans le tissu graisseux normal, mais très souvent aussi beaucoup plus volumineuses et quelquefois même beaucoup plus petites.

En somme, comme l'a dit Quénu, le lipome est constitué de trois éléments essentiels: la cellule adipeuse, le faisceau conjonctif et le lacis vasculaire. On comprend dès lors facilement que, suivant la prédominance de tel ou tel de ces éléments, nous aurons affaire à trois variétés de lipome: lipome pur, fibro-lipome et angio-lipome. Ces trois variétés de tumeurs sont mentionnées par Duplay, Rochard et Demoulin dans leur *Manuel de diagnostic chirurgical*. Un exemple très typique de fibro-lipome a été publié par Pitres. Sur une coupe d'une pareille tumeur, on constate qu'elle est formée de deux tissus d'aspect et de résistance tout à fait différents. Au centre, on voit un tissu ferme, résistant, sec, de consistance fibreuse, formé de tractus blancs, brillants, irréguliers, entrecroisés dans tous les sens. Ce noyau central est enveloppé de tous les côtés par une couche graisseuse, molle et diffuente. Cette couche de graisse n'est pas simplement appliquée sur le noyau fibreux, elle fait corps avec lui. Les deux tissus se pénètrent réciproquement, de sorte qu'il existe une zone intermédiaire tenant des caractères physiques de la graisse et de ceux du noyau fibreux. Microscopiquement, au centre de la tumeur on trouve un tissu conjonctif fibrillaire: la structure habituelle du fibrome; la zone périphérique est formée de tissu adipeux tout comme un lipome pur.

La constitution histologique du fibro-lipome, en somme peu différente de la structure du lipome pur, nous a incité à ne pas faire de distinction clinique entre ces deux tumeurs de la main. D'autant plus que cette manière de voir s'appuie sur des observations confirmées par examen microscopique des tumeurs en question.

Enfin, on peut rencontrer une autre forme de lipome ou

mieux de fibro-lipome : ceux qui contiennent du tissu musculaire. Dans ce cas, au milieu du tissu conjonctif, on aperçoit des faisceaux de fibres musculaires striées à tous les degrés d'atrophie possible. Les faisceaux sont écartés les uns des autres, irrégulièrement disséminés dans la masse. Les fibres musculaires appartenant à un même faisceau sont, elles aussi, dissociées et plus ou moins atrophiées par l'interposition de larges travées fibreuses. A côté d'une fibre ayant conservé toutes les apparences de l'état normal, on en voit d'autres qui n'ont plus que la moitié, le quart, le dixième du volume ordinaire et que l'on reconnaît facilement à ce qu'elles sont plus colorées que le tissu conjonctif voisin et que leur striation transversale a persisté malgré leur atrophie.

Au point de vue macroscopique, nous avons déjà vu que le lipome de la main peut être diffus ou encapsulé et, dans ce cas, la plupart du temps, cette capsule est peu adhérente aux parties avoisinantes, ce qui offre une grande importance pour la technique opératoire, étant donné que l'énucléation s'en trouve considérablement facilitée. Nous reviendrons d'ailleurs bientôt sur cette question des adhérences.

Ces tumeurs, dont la grosseur peut varier du volume d'un œuf à celui d'une orange, siègent rarement sur l'éminence hypothénar, comme dans notre observation prise chez M. Chavannaz, plus souvent sur l'éminence thénar, et encore plus fréquemment dans la partie médiane. Leur forme, lobulée ou mamelonnée, se complique de prolongements plus ou moins capricieux, dont le développement peut être réglé et dévié par les compressions qui s'y opposent; leur aspect, après incision, est celui d'une masse jaunâtre et mollasse; leur siège est presque toujours la face palmaire de la main ou des doigts. C'est la grande exception de trouver des lipomes développés sur la face dorsale; au moins au début, nous pourrions presque dire que ce sont les exceptions destinées à confirmer la règle. Par la suite, des prolongements peuvent apparaître à la région dorsale, mais seulement d'une façon secondaire. Nous ne connaissons que deux cas de lipomes dorsaux: celui de Muller

et l'observation inédite de Charrier. Nous ne tardons pas davantage à les publier *in extenso*.

OBSERVATION XIII

(MULLER.)

Un employé des postes en retraite de 72 ans présente une tumeur de consistance nettement élastique, *située sur la face dorsale du médius gauche*, et répondant au premier espace interdigital. Elle occupe une superficie de six centimètres carrés, avec une épaisseur d'environ un centimètre. La peau est mobile à ce niveau et présente une cicatrice étroite dirigée obliquement, qui doit provenir d'une coupure remontant à quarante ans. La mobilité du doigt n'est pas compromise. La tumeur n'adhère pas à l'os. Il y a de la fluctuation. Remarquée il y a six ans la tumeur a cessé de grandir depuis cinq ans. Pas de douleurs. L'opération faite sous l'anesthésie locale fait découvrir un lipome encapsulé aplati, nettement lobulé et de couleur jaunâtre. A cause de l'origine traumatique de la tumeur, on pensa à la possibilité d'un épithélioma. Le microscope confirma le diagnostic.

OBSERVATION XIV (inédite)

(CHARRIER.)

Madame Eugénie D..., âgée de 40 ans, cuisinière, entre dans le service de M. le docteur Charrier le 18 mai 1922 pour une petite tumeur du premier espace intermétacarpien gauche.

Cette malade avait été déjà opérée deux ans auparavant d'une tumeur analogue, mais plus petite; la récurrence ne tarda pas à se produire et progressivement, sans déterminer de gêne fonctionnelle bien marquée, le lipome atteignit le volume actuel, c'est-à-dire celui d'une grosse noix. Rien de notable dans les antécédents. Santé parfaite par ailleurs; nulle part sur le corps on ne trouve d'autre tumeur ressemblant à celle de la main. Aucun traumatisme local n'est incriminé par la patiente.

A l'entrée à l'hôpital, l'examen montre sur la face dorsale de la main, dans le premier espace intermétacarpien gauche, très près du carpe, une grosseur régulièrement arrondie, faisant saillie entre le tendon extenseur de l'index et celui du long extenseur du pouce, dont le volume a déjà été précisé, non douloureuse, donnant tout à fait l'impression de la fluctuation, mobile sur les plans profonds mais semblant quand même fixée dans la profondeur par une sorte de pédicule qui empêche l'extériorisation, mobilité non influencée par les mouvements des tendons voisins et le jeu des articulations de voisinage; on pense en premier lieu à un kyste synovial, mais la situation anatomique fait pencher le diagnostic en faveur d'une tumeur du tissu cellulaire sous-cutané, d'un lipome.

Le 20 mai, intervention; après incision de la peau on tombe sur une masse grasseuse, encapsulée; l'isolement conduit sur un prolongement de même nature que la masse principale, qui plonge dans le premier espace et va se perdre en dedans des muscles de l'éminence thénar à la face palmaire, dans le tissu graisseux de la paume. On pratique une ablation aussi complète que possible du pédicule et de la tumeur. Suture aux crins. Suites opératoires normales. Anesthésie à l'éther. La malade n'a pas été revue depuis sa sortie de l'hôpital.

En dehors de la situation dorsale du lipome de la main, l'observation de Muller présente cette particularité que la tumeur s'est développée au niveau d'un traumatisme remontant à 40 ans; l'observation de Charrier est intéressante pour le motif qu'après une première intervention le lipome a récidivé. Nous reviendrons sur ces deux particularités en temps voulu.

Les lipomes de la main peuvent prendre naissance dans la graisse sous-cutanée de la région palmaire; mais ils peuvent aussi se développer aux dépens de pannicules adipeux sous-aponévrotiques, ce qui est le cas le plus fréquemment observé. Ils peuvent se développer dans la partie moyenne de la main, aux dépens des appendices graisseux des franges synoviales des tendons fléchisseurs, pour constituer des lipomes, soit encapsulés, soit arborescents (Thèse de Mangé), formant alors une

tumeur recouverte en avant par les tendons fléchisseurs et en arrière par les faces antérieures des métacarpiens. Ils peuvent encore se trouver dans le premier espace intermétacarpien, naissant de la graisse qui remplit l'interstice situé entre l'adducteur du pouce et le premier interosseux dorsal. Enfin, nous ne devons pas oublier leur siège possible à l'intérieur des muscles, mais cette localisation est excessivement rare.

Les lipomes peuvent contracter des adhérences plus ou moins intimes avec les parties anatomiques avoisinantes. C'est ainsi que l'on a pu noter des adhérences aux aponévroses, au périoste, aux gaines tendineuses. La présence d'une capsule ne les empêche pas, d'après Quénu, d'englober nerfs ou artères, et dans une observation, on rapporte que l'os entouré était complètement détruit: d'où l'amputation fut jugée nécessaire.

Martin et Grenier, dans leur observation de 1922, mentionnent que l'adhérence du lipome au périoste était très nette. Et ils ajoutent: « Aussi croyons-nous qu'au moins dans ce cas on peut supposer qu'il s'agissait peut-être d'un lipome d'origine périostique, tumeur acquise d'ailleurs peu commune. » Or, nous lisons dans le *Traité des tumeurs* de Lecène: « Les lipomes sous périostés sont rares; ils sont alors souvent congénitaux (sous l'épicrâne, au tibia, à l'omoplate). Au contraire, il n'est pas rare de voir un lipome intermusculaire adhérer par un pédicule vasculaire au périoste (fémur, crête iliaque, omoplate); il est absolument excessif de parler dans ces cas de lipomes périostiques, car l'adhérence à un point limité du squelette ne permet pas de conclure que le lipome se soit développé aux dépens du périoste. Le lipome intra-osseux est très rare. » Nous avons tenu à opposer ces deux opinions, sans toutefois nous permettre de trancher le débat.

Symptomatologie.

Le lipome de la main offre une symptomatologie assez simple et constante, mais aucun des signes qui la constituent n'est vraiment caractéristique, et un diagnostic certain... quand il est possible, ne peut se fonder que sur la recherche attentive et la confrontation judicieuse de tous les éléments cliniques.

C'est une tumeur qui se présente habituellement sur la face palmaire de la main ou des doigts, suivant une évolution lente, progressive, insidieuse. Elle est indolente au point que, souvent, le sujet ne s'aperçoit pas qu'il en est porteur. Parfois cependant, il ressent dès le début, avant même qu'elle apparaisse, de la lourdeur, de la gêne, une lassitude inexpliquée, comme dans le cas de Pitres, et dans l'observation de Mangé, que nous rapportons en entier:

OBSERVATION XV

(MANGÉ.)

Philomène G..., 38 ans, ménagère. Entre à l'hôpital pour une petite tumeur qui siège à la face palmaire de la main droite.

Il y a 3 ans la malade ressentit un peu de gêne dans le fonctionnement de l'annulaire et de l'auriculaire droits. Environ un an après, la malade constate la présence d'une petite tumeur au-dessous de l'éminence hypothénar, au niveau du quatrième espace interdigital. Bientôt, la malade éprouve au niveau des deux derniers doigts de la main droite un peu d'engourdissement, surtout marqué au réveil. Elle ne souffre pas, mais la flexion des doigts est gênée. La

tumeur grossit lentement et devant la gêne qu'elle entraîne, la malade se décide à se faire opérer.

Dans les antécédents héréditaires, personnels ou familiaux de la malade, on ne trouve rien qui soit à retenir, notamment au point de vue tuberculose ou syphilis. Pas de traumatisme au niveau du siège de la tumeur.

A l'examen de la malade on trouve, au niveau de la paume de la main droite et sur son côté cubital, une tuméfaction peu accusée allant de la racine de l'annulaire et de l'auriculaire à l'éminence hypothénar. La peau ne présente aucune altération et n'adhère pas à la tumeur. La tumeur a son grand axe dirigé parallèlement à celui de la main; elle est de consistance ferme; partout égale; légèrement mobile transversalement; absolument indolore à la pression. Lorsqu'on fait fléchir les doigts, la tumeur est un peu attirée en haut, et diminue ainsi de longueur; en même temps elle est moins facilement perceptible et semble augmenter de consistance. Les mouvements des doigts sont normaux et indolores; la flexion seule est un peu gênée. Mais c'est surtout lorsque la malade tient un objet dans la main qu'elle éprouve une difficulté pour serrer cet objet; elle ressent en outre à la fin de la journée un peu de douleur.

Par ailleurs on ne relève rien d'anormal, pas plus au niveau du membre supérieur droit que sur les autres parties du corps, ni à l'examen des divers organes.

En présence de ces symptômes, on porta le diagnostic de tumeur des tendons fléchisseurs de l'annulaire et de l'auriculaire. Cette gaine est augmentée de volume. Il faut l'inciser pour arriver sur la tumeur qui présente tous les caractères d'un lipome. Ce lipome adhérerait non seulement à la synoviale mais encore aux tendons des fléchisseurs superficiels des deux doigts. L'extirpation fut facile. Suture de la gaine. Suture de la peau. Guérison per primam. Conservation complète des mouvements des doigts.

La tumeur enlevée est lisse, régulière sur sa face palmaire. Sur sa face tendineuse elle présente trois sillons; un interne où passait le fléchisseur superficiel de l'auriculaire, un moyen pour le fléchisseur superficiel de l'annulaire, un externe situé juste sur le bord postéro-externe du lipome et où était logé le tendon du

fléchisseur profond de l'annulaire, dégagé du tendon superficiel qui s'était notablement rapproché de celui de l'auriculaire. De l'extrémité antérieure de la tumeur se détachaient deux prolongements, l'un se dirigeant vers le quatrième espace interdigital, l'autre vers la racine de l'annulaire. Ce lipome offrait à peu près le volume d'une noix aplatie et mesurait en longueur 5 centimètres; sa plus grande largeur était de 3 centimètres et demi.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un lipome pur avec très peu de tissu de soutènement et une vascularisation cependant assez marquée. Il y a des faisceaux nerveux emprisonnés, à proximité des vaisseaux, dans un tissu conjonctif assez dense. Ces nerfs sont un peu déformés. Il y a pas mal de tissu élastique à grosses fibres; très peu d'éléments cellulaires. Pas de phénomènes inflammatoires d'infiltration.

Habituellement, le malade ne ressent aucune gêne, et ne se présente à l'examen du médecin que lorsque, après avoir laissé croître la tumeur pendant parfois de nombreuses années, elle finit par le gêner à cause de son volume ou de son aspect disgracieux. A ce moment, le lipome encapsulé offre le plus souvent l'aspect d'une tumeur dont le volume est très variable, mais peut aller jusqu'à égaler celui d'un œuf de poule, et dont la forme est rarement symétrique, plutôt allongée si la tumeur siège aux doigts, se complique de prolongements qui peuvent s'étendre dans toutes les directions, à moins qu'ils ne soient bridés par quelque sangle aponévrotique. Parfois, partis de la main, ils débordent ou même encerclent la racine du doigt. Parfois même, quand la tumeur siège profondément, elle envoie des prolongements intermusculaires jusque dans la région dorsale. Bien peu souvent, elle siège sur le dos de la main, mais dans ce cas peuvent en émaner des rameaux qui s'étendent jusqu'aux couches palmaires superficielles. Le lipome de la main est ordinairement unique. Rarement on en trouve deux, exceptionnellement trois.

La peau qui le recouvre est mince, distendue, de coloration presque toujours normale, rarement rosée, ou parcourue par un fin lavis de veines flexueuses, quelquefois beaucoup plus

foncée à la suite d'un traumatisme ou d'une inflammation qui disparaît par le repos. On a pu citer son usure par distension. Sa température et sa texture demeurent normales, et elle reste mobile sur le lipome sous-jacent à moins d'inflammation. Elle est soulevée en bosselures arrondies ou lobulées, inégales, parfois aplaties.

La palpation révèle une tumeur multilobée, pâteuse, molle, souvent pseudo-fluctuante, et produit parfois de la crépitation ou des frottements rugueux comme dans le cas de kysté synovial à grains riziformes, ce qui a été la cause de nombreuses erreurs de diagnostic. La tension de la peau peut rendre les lobes plus apparents. Dans le cas d'un fibro-lipome, on sent une surface de consistance plus ou moins dure, suivant la proportion du tissu conjonctif, irrégulière, parsemé de nodosités plus dures, surtout dans le centre. Le plus souvent, le lipome est mobile sur les plans profonds, mais souvent aussi il peut y être fixé par suite de ses origines ou des adhérences qu'il contracte pendant son accroissement et donner alors l'illusion d'une tumeur maligne fortement appliquée contre les os ou les tendons. On a signalé exceptionnellement de la transparence. La tumeur n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression. Quelquefois cependant, elle peut devenir le siège d'engourdissements, de sensations désagréables, de fourmillements ou même d'élancements douloureux, dus sans doute à la compression de quelque filet nerveux, dont certains examens microscopiques ont révélé la présence au sein de la tumeur. Notre malade, opéré par M. Chavannaz, présentait des troubles de ce genre.

La gêne fonctionnelle reste toujours très peu marquée, et l'état général ne subit aucune atteinte. Les ganglions, notamment, ne sont nullement modifiés.

Il est donc facile de voir dès maintenant que les signes du lipome de la main peuvent se retrouver dans de nombreuses autres affections, que nous passerons en revue au chapitre du diagnostic, et c'est l'absence de tout symptôme réellement pathognomonique qui explique les hésitations, voire les erreurs de tant d'éminents cliniciens.

VI

Diagnostic.

Les nombreuses erreurs de diagnostic confessées par les auteurs relativement à des lipomes de la main montrent combien il est délicat de découvrir ou d'affirmer l'existence de ces tumeurs, et l'importance de cette incertitude, directement en rapport avec l'importance fonctionnelle de la main, est illustrée par les cas de Neyper, déjà cité au chapitre de l'Histoire, de Mason-Waren, qui amputa le doigt d'un enfant, croyant à une tumeur maligne, et tout dernièrement, de Martin et Grenier, que nous reproduisons ci-dessous.

OBSÉRVATION XVI

(A. MARTIN et J. GRENIER.)

Il s'agit d'une malade, âgée de soixante-deux ans, de santé générale parfaite, qui avait été opérée en 1910 par M. Cunéo d'une tumeur du volume d'une noix, située à la face palmaire de l'annulaire gauche, non douloureuse, et ayant mis douze ans à se développer.

Au dire de la malade, la suppuration aurait nécessité, quinze jours après l'intervention, un grattage de l'os. La malade garde de cette opération une cicatrice linéaire allant de la partie moyenne du quatrième métacarpien à la partie moyenne de la première phalange, et peut à nouveau se servir de son doigt.

Quatre ans après, il y a donc six ans environ, la tumeur réapparaît exactement à la même place, à la base de la première phalange de l'annulaire gauche, mais se développe plus vers la face externe

que vers la face palmaire du doigt. Le développement en est lent et progressif. Parfaitement indolente, la tumeur est seulement le siège d'élancements, d'ailleurs rares et peu intenses; seul son volume entraîne de la gêne fonctionnelle, et la malade ne se sert plus de son doigt depuis quatre à cinq ans.

A l'examen, on constate la présence, à la base de l'annulaire gauche, d'une tumeur ayant le volume d'une petite mandarine, empiétant plus sur la face externe que sur la face palmaire du doigt. Nettement limitée en bas, elle se perd insensiblement en haut dans l'espace intermétacarpien. A son niveau la peau, d'aspect normal, est mobile, n'adhérant pas à la tumeur. Celle-ci est de consistance irrégulière et pâteuse, donnant une impression de fausse fluctuation; elle est indolente, immobile sur le plan osseux. Le doigt est fixé en demi-flexion par l'ankylose. Il n'y a pas de ganglions axillaires.

On pense à une tumeur mixte d'origine osseuse, telle que chondromyxome, et on décide d'intervenir.

A l'intervention sous anesthésie générale, une bande d'Esmarch assurant l'hémostase, on constate qu'il s'agit d'une tumeur nettement encapsulée, facile à séparer des plans superficiels, lobée mais à gros lobes, jaunâtre et ayant tous les caractères du lipome. Par contre la tumeur adhère fortement à la phalange, et le doigt étant ankylosé en demi-flexion, on le désarticule, on abat la tête métacarpienne, on fait l'hémostase et on suture par quelques crins.

La dissection montre sur la face dorsale de la tumeur le tendon extenseur qui adhère légèrement à la capsule et épouse la convexité de celle-ci qui le soulève; à la face palmaire le tendon fléchisseur n'adhère pas à la gaine; les articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes apparaissent normales.

La tumeur étant incisée jusqu'à l'os par deux incisions en quartier d'orange, on peut constater :

1° Qu'elle est constituée par un tissu graisseux, jaunâtre, parfaitement homogène, non lobulé;

2° Qu'elle est fixée au périoste par des tractus nombreux, épais, résistants, nacrés, qui paraissent en dépendre, et pénètrent la tumeur en s'y ramifiant. L'os paraît normal.

L'examen histologique pratiqué par M. Cornet montre qu'il s'agit bien d'un lipome et que l'os est normal.

Tillaux rapporte qu'il prit pour un lipome un fibro-sarcome à myélopaxes, et Dupuytren ouvrit un angiome, croyant enlever une tumeur graisseuse de la main.

Nombreuses sont les affections de la main ou des doigts qui peuvent prêter à confusion. Nous envisagerons successivement les tumeurs solides, puis liquides. Parmi les premières, nous éliminerons d'emblée les verrues et cornes, pour lesquelles le diagnostic s'impose, car nous avons affaire à des excroissances cutanées le plus souvent multiples, et non à des tumeurs sous-cutanées.

Le fibrome est une tumeur constituée par des éléments conjonctifs parvenus à leur complet développement et à un degré de condensation plus ou moins marqué. Il est exceptionnel lui aussi au niveau de la main et des doigts, et présente, comme le lipome, une évolution lente, indolore, sans répercussion ganglionnaire ni retentissement sur l'état général. Il peut prendre naissance sur les aponévroses, les tendons, les gaines tendineuses ou le périoste. Mais si, par presque tous ses caractères, il se rapproche du lipome, il s'en distingue néanmoins par sa consistance plus ferme et par le fait qu'il présente d'ordinaire un point d'implantation assez facilement décelable. Par contre, les fibro-lipomes ne peuvent être distingués des lipomes purs. D'une part, à cause de son siège, le lipome peut ne pas présenter sa mollesse habituelle, et d'autre part, le fibro-lipome est constitué par un noyau fibreux, dur, mais dont la dureté n'est guère perceptible parce qu'il est entouré d'une zone plus ou moins abondante de graisse.

En définitive, on n'est jamais sûr de ne pas avoir affaire à un fibro-lipome, type bâtard, qui correspond à tous les degrés intermédiaires entre les deux formes pures: lipome et fibrome. Mais, dans ce cas, le diagnostic d'espèce importe peu, car le pronostic et le traitement sont les mêmes.

Il nous semble que les angiomes peuvent être facilement distingués des lipomes, bien que, comme nous l'avons déjà signalé, l'erreur a été commise par Dupuytren, dont nous allons conter l'aventure: « Un jeune homme portait à l'éminence

« thénar droite une tumeur grosse comme un petit œuf de
« poule; aplatie, molle, indolente, sans pulsation et sans
« changement de couleur à la peau. Cette tumeur existait de-
« puis l'enfance et disparaissait sous l'influence de certains
« travaux de la journée pour reparaître une demi-heure après.
« Dupuytren, diagnostiquant un lipome, se prépara à en faire
« l'ablation. Dès la première incision, le sang jaillit; on com-
« prima les artères de l'avant-bras, et après avoir enlevé la
« masse morbide, on vit que l'on avait eu affaire à une tumeur
« érectile. Le malade eut plusieurs hémorragies consécutives
« et un phlegmon de l'avant-bras assez grave. Il ne fut guéri
« que deux mois et demi plus tard. »

Le fait que la tumeur existait depuis l'enfance, bien que de-
vant attirer l'attention, n'était pas incompatible avec l'idée
d'un lipome congénital, mais cette erreur de diagnostic aurait
pu être évitée si Dupuytren avait remarqué que ce pseudo-
lipome disparaissait sous l'influence du travail, qui agissait
par la pression exercée sur la main.

L'angiome n'est souvent autre chose qu'un nœvus, dont
l'aspect coloré est caractéristique: c'est l'angiome cutané. Mais
s'il siège plus profondément, dans le tissu cellulaire sous-
cutané, il peut simuler absolument un lipome: il forme alors
une petite tumeur de consistance spongieuse ou pâteuse, lo-
bulée, faiblement réductible, glissant sur les parties profon-
des, recouverte d'une peau mobile et parfois normale. Cepen-
dant, cette peau est le plus souvent bleutée, ou même parcou-
rue par des arborisations vasculaires qui mettent sur la voie
du diagnostic; bien que ces signes soient fréquemment peu
nets, la tumeur peut s'accroître par l'effort, les cris, la décli-
vité; un examen attentif peut révéler qu'elle est partiellement
réductible; dans certains cas enfin, où la téléangiectasie atteint
un degré avancé, on peut percevoir des battements, de l'ex-
pansion et un souffle. Remarquons toutefois que ces angio-
plasmes contiennent souvent dans leur sein une certaine quan-
tité de tissu graisseux, ce qui a justement donné naissance à
la théorie pathogénique que nous avons exposée plus haut.

L'existence de ces formes hybrides vient compliquer un diagnostic déjà fort délicat.

Mais inversement, si, par un hasard tout à fait exceptionnel, le lipome de la main entre en contact intime avec une artère plus profonde, il peut présenter cliniquement les apparences d'un anévrisme pulsatile. Nous en voulons pour preuve le cas signalé par Moulinier.

OBSERVATION XVII

* (MOULINIER.)

Un ouvrier papetier, âgé de 52 ans, présente une tumeur grosse comme une mandarine occupant la paume de la main droite au niveau de l'éminence hypothénar, immédiatement au-dessous de l'os pisiforme et remplissant toute la région, qu'elle déborde en dehors.

En saisissant cette tumeur à pleine main et en opérant une légère compression, on sent des battements énergiques. La tumeur et la main qui la comprime sont manifestement soulevées à chaque impulsion cardiaque. La base est large, non pédiculée; la tumeur, lobulée, est molle, mais sans fluctuation. Elle craque légèrement quand on cherche à l'écraser. Sa surface, bosselée, est parsemée de veines serpentineuses, flexueuses, gorgées de sang et très développées.

D'après tous les signes qui précèdent, on porte le diagnostic de lipome enflammé. Le malade fait remonter à deux ans l'origine de sa « grosseur ». Lorsqu'il s'en aperçut pour la première fois, elle était alors parfaitement indolore, et très petite. Ces temps derniers, elle était devenue très douloureuse et gênait extrêmement le malade. La peau n'était pas mobile sur la tumeur, ce qui est le cas le plus ordinaire. A l'opération, une couche celluleuse (capsule), difficile à isoler, entourait le lipome et nécessita l'usage du bistouri, le décollement avec le doigt étant impossible. La tumeur augmentait rapidement.

La cause est ici assurément tout extérieure. C'est une violence, une attrition continuelle déterminée en ce point par la pression du couteau à papier que cet homme manie depuis de longues années.

En effet, le sujet n'est pas obèse, pas de lipomes, symétriques ou non, sur d'autres parties du corps.

Opération: pulvérisation d'éther, application de la bande d'Esmarch; dissection, à sec de l'artère cubitale et des filets nerveux. La tumeur qui reposait sur l'artère, enlevée en totalité, apparaît au-dessous de la première et un peu en dehors; vers le bord cubital de la main, une seconde tumeur, de la grosseur d'un pois, parfaitement indépendante et qui, malheureusement, a été perdue.

L'application de la bande d'Esmarch a permis d'éviter une récive fatale, car, gênée par le sang, la seconde tumeur fût restée inaperçue. Le malade était guéri au bout d'un mois. Il se sert actuellement de sa main droite comme par le passé.

Cette observation, qui nous occupera ailleurs à plusieurs titres, nous intéresse ici parce qu'elle nous montre sur le vif comment un lipome peut prendre l'aspect d'un angiome. On peut dire qu'il n'est pas de piège qui ne soit tendu au clinicien.

Quant aux tumeurs nettement érectiles dans le genre de celle de Dupuytren, nous pensons que leur diagnostic s'impose.

Il en est de même de l'anévrisme cirsoïde, qui présente des battements isochrones au pouls, de l'expansion, un souffle, une surface irrégulière, une consistance qui rappelle, comme le varicocèle, la sensation de paquets de ficelle ou d'intestins de poulet. Et de plus, la palpation rend compte que les lésions remontent vers la radiale et la cubitale; l'humérale elle-même peut être dilatée, et le cœur hypertrophié.

Le lymphangiome, plus facilement encore que l'hémangiome, peut prêter à confusion. Il forme une tumeur, soit diffuse, soit arrondie, lobulée, fluctuante ou mollassée. Mais souvent la tumeur est recouverte d'une peau adhérente; elle est légèrement réductible par la pression directe et se tend au contraire par la déclivité. De plus, la main en est exceptionnellement le siège, malgré la richesse de son réseau lymphatique. D'ailleurs, l'angiome et le lymphangiome peuvent se

combiner, comme dans le cas observé par M. le professeur agrégé Duvergey, en 1921. Il s'agissait d'une tumeur sous-cutanée de la face dorsale de la main, légèrement réductible, pour laquelle avait été porté le diagnostic d'angiome. L'examen microscopique, pratiqué par M. le professeur Sabrazès, le 12 février 1921, révéla la structure d'un angio-lymphangiome.

De même, l'obstruction des lymphatiques par la filaire nocturne ou par toute autre cause, peut donner lieu à des engorgements qui pourraient, à la rigueur, passer pour des lipomes. Bien qu'ils offrent l'aspect de masses molles, bosselées, dépressibles, mobiles sur les plans sous-jacents, recouvertes souvent d'une peau normale, nous n'envisagerons pas les adénolymphocèles qui, par définition, ne peuvent siéger à la main, puisque celle-ci est dépourvue de ganglions. Quant aux cas d'éléphantiasis, nostras ou exotique, ils ne pourraient le plus souvent évoquer que l'idée d'un lipome diffus. On doit toujours, en pareil cas, essayer d'éliminer la possibilité de la filariose par les antécédents du malade, l'examen du sang, la recherche des ganglions tuméfiés et des varices cutanées, blanchâtres ou légèrement violacées, de la chylurie avec hématurie, de l'hydrocèle chyleuse et de l'ascite chyliforme. En dehors de la filariose, l'éléphantiasis peut reconnaître une origine érysipélateuse, lupique, ou même variqueuse, mais cette dernière cause ne se rapporte pas à la main. En outre des antécédents inflammatoires et parfois de la lymphorrhée, on notera que la peau est épaisse, dure, élastique, adhérente, parfois capitonnée en peau d'orange, et que cette affection est très rare à la main.

Les sarcomés se montrent assez souvent à la main. Leur point de départ est le derme, le tissu conjonctif sous-cutané ou celui qui est interposé aux tendons, les gaines tendineuses, le périoste, les os. Le diagnostic avec le lipôme est difficile au début : la peau est encore mobile, et la tumeur globuleuse, mais rarement bosselée, révèle couramment à la palpation une consistance élastique ou presque fluctuante. Les ganglions

correspondants sont la plupart du temps indemnes. Mais, par la suite, les caractères deviennent plus nets, au point qu'il ne subsiste guère qu'un seul signe commun; la mollesse. Et encore faut-il remarquer que ce caractère ne s'applique qu'au sarcome encéphaloïde; le sarcome fasciculé, au contraire, offre une surface dure et bosselée. Les mouvements sont gênés, et la tumeur devient le siège de douleurs plus ou moins vives. Elle ne présente pas de limites nettes, et on ne peut la mobiliser sur les plans profonds. La rapidité de l'évolution qui succède à un début très insidieux est un symptôme très important. Toutefois, on a pu signaler des cas à marche très lente, qui ont duré jusqu'à vingt ans. Dans cette seconde phase, la peau, d'abord luisante et tendue, souvent blanchâtre, sillonnée de grosses veines, finit par adhérer à la tumeur, s'amincit, devient violacée, puis s'ulcère pour livrer passage à des fongosités. Au début, en cas de doute, on pourra, dans un premier temps opératoire, pratiquer une incision exploratrice aux fins de biopsie.

L'enchondrome des doigts peut être difficile à distinguer, car souvent sa symptomatologie ressemble énormément à celle du lipome. Comme lui, il peut être indolore si aucun filet nerveux ne se trouve comprimé, d'aspect globuleux ou bosselé, recouvert d'une peau normale et non adhérente, parfois mou et fluctuant, et il peut présenter la même transparence, suivant Reclus, ne s'accompagner d'aucune adénopathie et évoluer d'une façon aussi lente, et même apparaître mobile sous la peau. En effet, cette tumeur, contractant quelquefois des adhérences avec les tendons des fléchisseurs, peut de ce fait subir des déplacements. Mais, le plus souvent, l'enchondrome est d'une consistance beaucoup plus ferme et irrégulière, constituant une tumeur bosselée, marronnée et dure; sous l'influence d'un traumatisme ou d'une ponction intempestive, il peut se ramollir rapidement en commençant par le centre. Beaucoup plus que le lipome, qui la plupart du temps est isolé, la tumeur cartilagineuse a tendance à la multiplicité et, bien que rare, elle est relativement plus fréquente. Elle offre par-

fois, mais rarement, un signe pathognomonique: la crépitation parcheminée, et d'autre part, comme elle est de nature maligne, elle adhère à la peau, qu'elle ulcère en se ramollissant et en formant un fungus à ichor fétide et en retentissant d'une façon funeste sur l'état général, ce qui ne se produit jamais dans le cas de lipome. Enfin, nous ne devons pas oublier non plus que les enchondromes peuvent envahir les ganglions à distance. La ressemblance peut toutefois être telle que le diagnostic n'est posé fermement que pendant l'intervention.

L'ostéome, peu fréquent lui aussi, se différencie du lipome dans une certaine mesure de la même façon que l'enchondrome, notamment par son immobilité sur les parties profondes. Il y a lieu d'attirer l'attention sur sa dureté spéciale, et sur les services que dans ce cas particulier peut rendre la radiographie.

Les cancroïdes et les épithéliomas ont pour siège de prédilection la face dorsale de la main. Au début, le diagnostic peut demeurer hésitant et même impossible, quand il s'agit de formes non ulcérées. Cependant, d'habitude, le lipome est plus mou et, là encore, on peut avoir recours à la biopsie préopératoire. Plus tard, les douleurs lancinantes, l'évolution très souvent rapide et, au bout de quelques mois, l'envahissement des tissus voisins, l'engorgement ganglionnaire, le retentissement sur l'état général, les phénomènes de généralisation et l'ulcération font cesser l'incertitude. En outre, il y a lieu de tenir compte de l'âge du malade.

Les mêmes signes diagnostiques peuvent s'appliquer à l'épithéliome encéphaloïde, qui présente la même mollesse que le lipome, à un moindre degré cependant. Dans le cas de fluctuation, on a conseillé d'enfoncer une aiguille dans la tumeur et de lui imprimer des mouvements de circumduction: si cette manœuvre est facile, on pensera à un encéphaloïde. Dans le cas contraire, on penchera vers le lipome.

Les névromes siègent toujours sur le trajet d'un nerf. Ils sont accompagnés dès le début, habituellement du moins, de

douleurs spontanées plus ou moins violentes et d'atrophie musculaire de degré variable. La tumeur elle-même, indolore, non adhérente à la peau, généralement plutôt solide que molle, affecte une forme allongée, en fuseau à deux pôles, et rarement de surface inégale ou bosselée. Nous rappelons pour mémoire le cas de Giani que nous avons signalé à propos de la macrodactylie lipomateuse, cas assez particulier dans lequel le nerf médian s'était transformé en tumeur graisseuse.

Envisageons maintenant les tumeurs à contenu liquide ou diffus. Celle d'entre elles avec laquelle les lipomes de la main ont été si souvent confondus est le kyste synovial sous ses différents aspects :

Citons d'abord le kyste synovial à grains riziformes puisque c'est lui qui a été le plus fréquemment mis en cause. En effet, ce kyste siège aux mêmes endroits que le lipome de la main. Il présente la même mollesse, la même fluctuation, le froissement, la crépitation. C'est surtout ce dernier signe, cette crépitation interprétée comme le bruit de chaînon pathognomonique, qui a été souvent invoqué par les cliniciens et qui, le plus souvent, les a induits en erreur. « J'avais une « telle foi dans mon diagnostic, nous avoue Trélat, auquel « j'avais apporté toute mon attention, qu'après avoir ponc- « tionné une fois la tumeur sans efficacité, je ne fus pas con- « vaincu. Je supposai que le liquide était épais ou bien que « l'enveloppe du kyste formait un opercule à l'orifice de la « canule. Je me procurai donc un trocart plus volumineux et « bien effilé et je renouvelai la ponction. Cette nouvelle ten- « tative eut exactement le même résultat que la première. « Evidemment je m'étais trompé, ou mieux j'avais été trompé « par une symptomatologie insidieuse. »

On peut cependant parvenir à différencier les deux affections. Si la tumeur présente des bosselures, et si l'on ne peut la faire refluer sous le ligament annulaire antérieur du carpe, on peut en tirer argument en faveur du lipome. D'autre part, cette tumeur subit une évolution plus lente et plus indolente que celle du kyste et, contrairement à ce dernier, elle peut en-

voyer des prolongements à la face dorsale de la main. Le diagnostic de kyste synovial à grains riziformes s'appuiera principalement sur l'évolution de la tumeur, l'état général du sujet, que l'on auscultera et chez lequel on recherchera ses antécédents plus ou moins marqués de tuberculose : abcès froid, adénite, pleurésie, coxalgie; la palpation de cette tumeur, et, suivant nécessité, la ponction. A ce propos, nous ferons remarquer que la présence possible de grumeaux pourra déterminer une ponction blanche, ce à quoi il faudra toujours penser en pareil cas.

Le kyste synovial folliculaire, encore appelé ganglion, est peut-être plus facile à distinguer que le précédent. On explique sa pathogénie en disant que les synoviales tendineuses et articulaires des doigts sont pourvues de cryptes ou follicules qui donnent naissance à des kystes par l'oblitération de leur orifice et par l'accumulation de la synovie à l'intérieur. Par la suite, ce kyste peut devenir indépendant. Comme le lipome, il se développe aux points où s'exercent les pressions: il est rarement observé; son évolution est lente; la peau demeure intacte et on peut trouver de la fluctuation. Mais c'est une petite tumeur arrondie, tendue, non lobulée, plus souvent très dure plutôt que fluctuante, quelquefois transparente quand le kyste est volumineux. Elle peut atteindre le volume d'une noix. En général fixée et peu mobile, elle est quelquefois douloureuse à l'occasion des mouvements. Elle se rencontre de préférence chez les personnes qui font jouer leurs articulations comme dans l'exercice du piano ou dans la couture. Elle suit parfois les mouvements des tendons, et sa forme peut épouser plus ou moins celle des gaines. Dans le cas de gros kystes, il faudrait, selon Broca, pour bien sentir la fluctuation, interposer le bord cubital de la main: la transmission ne s'effectue pas dans le cas de lipome. Un moyen ingénieux de reconnaître l'existence de cette tumeur consiste à la couvrir un certain temps de glace: la graisse du corps, liquide à la température physiologique, durcit immédiatement sous l'action du froid, qui reste sans influence sur la synovie. Là encore, en cas de

doute, on pourra recourir à la ponction exploratrice: si on a affaire à un lipome, l'aiguille ramènera à sa surface quelques filets de sang, ce qui ne se produira pas avec un kyste ou un abcès. A ce propos, nous ferons remarquer que l'on tend de plus en plus, et avec raison, à renoncer à cette pratique. C'est qu'en effet, ce qui est sans danger à la main peut présenter de graves inconvénients dans d'autres régions, et d'autre part, le fait d'enfoncer une aiguille dans une tumeur peut provoquer des réactions inflammatoires ou autres dont on ne peut pas toujours mesurer la portée.

Toujours dans le domaine des gaines synoviales de la main, la synovite fongueuse ne nous intéresse qu'à sa période de début, alors que l'ulcération ne s'est pas encore produite. Cette affection se caractérise par un début insidieux et une marche lente. La consistance, au début, molle et pâteuse, donne la sensation de fongosité; mais bientôt celles-ci se ramollissent, il se forme du pus, et la fluctuation apparaît en un ou plusieurs points de la tumeur, ou même dans sa totalité. Dans ce cas, pour éliminer le diagnostic de lipome, on peut encore essayer de faire refluer le liquide sous le ligament annulaire antérieur du carpe. En plus de cette irrégularité de la surface et de la consistance de la tumeur, on peut, dans le cas où les tendons ont été lésés ou détruits, mettre cette atteinte en évidence par la palpation, procédé bien infidèle, ou par la faradisation du muscle, atteinte qui sera évidemment contraire à l'hypothèse d'un lipome.

Quant au lipome arborescent des gaines, il comporte seulement un diagnostic de localisation synoviale ou tendineuse, présentant par ailleurs la consistance du lipome. Remarquons toutefois que le lipome arborescent s'accompagne d'une gêne fonctionnelle plus ou moins marquée, présente à la palpation une mollesse beaucoup plus accusée, et une apparence fongueuse due justement à ce qu'il n'est pas encapsulé.

Continuant à passer en revue les troubles dus à l'infection tuberculeuse, nous en arrivons maintenant au spina ventosa, qui n'entraîne aucune douleur, aucune modification de la peau,

aucune gêne des mouvements. Mais il produit un gonflement fusiforme et régulier de l'os et tend à l'ulcération fistuleuse. On retrouve des antécédents bacillaires : il constitue surtout le triste apanage de l'enfance scrofuleuse.

Si nous abandonnons à présent le bacille de Koch pour le tréponème de Schaudinn, peut-être pouvons-nous hésiter un instant en face d'une gomme syphilitique à son début. Mais, le plus souvent, cette lésion est multiple, elle aboutit rapidement à la fonte avec son aspect caractéristique; la recherche des antécédents et les épreuves de laboratoire viennent compléter cet examen.

La dactylite syphilitique produit, comme le *spina ventosa*, un gonflement diffus, et de plus les douleurs assez vives; surtout nocturnes, la teinte violacée de la peau, le prompt ramollissement, surtout chez un adulte, ont vite fait d'écarter l'idée d'un lipome.

Et pour en finir avec les infections torpides, nous mentionnerons simplement les mycoses, sans toutefois entrer dans leur description clinique.

Nous ne parlerons ni des panaris, ni des phlegmons, ni des durillons forcés, dont l'allure aiguë ne prête à aucune équivoque.

Éliminons maintenant les kystes sébacés. Les auteurs sont d'accord à considérer que la face palmaire de la main et des doigts ne contient pas de glandes sébacées. On ne pourra donc les rencontrer qu'à la face dorsale ou sur les côtés, où leur diagnostic se fera par leur adhérence à la peau. L'existence de glandes sébacées aberrantes, hypothétiquement admises par Küster (Küster, *Ein chirurgisches Triennium*, Kassel und Berlin 1882, p. 254) à la face palmaire de la main reste encore à démontrer.

Nous n'avons pas non plus à la main d'hygromas.

Les kystes sudoripares ou hydrocystomes siègent à la face chez certaines femmes qui approchent de la ménopause. Darier se demande si, en dehors de la maladie régionale que réalisent les hydrocystomes multiples, il n'existe pas de kystes sudori-

pares isolés, pouvant siéger en n'importe quel point des téguments. Audry (*Annales de dermatologie*, 1900, p. 123) a rapporté un cas de kyste sous-épidermique, gros comme un pois et à contenu gélatineux, siégeant sur le dos d'une phalange. Ce serait peut-être un exemple de cette forme qui est certainement très rare. Mais il est vraisemblable qu'on ne prendra pas souvent un lipome de la main pour une telle tumeur.

Une question très importante est celle des kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée, encore appelés par Gross, de Nancy: tumeurs perlées, et qui prêtent facilement à confusion avec le lipome. Il y a déjà bien longtemps que notre maître M. le professeur Chavannaz en a publié une observation. Nous la reproduisons ici: elle permet de voir les différences qui existent entre les deux tumeurs.

OBSERVATION XVIII

(CHAVANNAZ.)

Une femme de 57 ans se présente à la consultation pour une petite tumeur siégeant à la face palmaire du médius droit.

Il y a une quinzaine d'années, cette femme a eu au siège même de la tumeur actuelle une petite tuméfaction du volume d'un gros pois. Celle-ci était dure et roulait sous la peau. Elle ne gênait nullement les mouvements du doigt. Malgré la bénignité de ces symptômes, la malade est allée consulter un pharmacien qui a procédé à une cautérisation à l'aide du nitrate d'argent. Quelques jours après, au moyen d'une épingle, la femme a pu extraire de son doigt une petite masse dure, blanchâtre, du volume d'un pois. Six mois plus tard apparition au même point d'une nouvelle tumeur qui a grossi très lentement et si la malade vient nous consulter, c'est parce qu'elle a entendu dire que chez les sujets âgés certaines tumeurs longtemps sans importance peuvent prendre tout à coup une allure grave.

La tumeur au moment de notre examen est du volume et de la forme d'une olive. Elle siège au niveau de la face palmaire de la

première phalange du médius droit et à son niveau les téguments n'ont pas subi de modification. Elle donne une sensation de fluctuation un peu obscure et n'adhère ni à la peau ni aux tendons fléchisseurs, ni au squelette. Pas de retentissement ganglionnaire, pas de douleurs. Ni antécédents personnels, ni antécédents héréditaires.

L'extirpation de la tumeur est pratiquée après anesthésie locale; la dissection en est facile. La tumeur enlevée est un kyste contenant quelques gouttes d'un liquide blanchâtre et visqueux; la paroi est épaisse et sa face interne unie est d'un blanc éclatant.

A l'examen microscopique, la paroi kystique se montre formée de deux portions : l'une épidermique, l'autre conjonctive. La zone épidermique est constituée par plusieurs couches. La plus périphérique, celle qui s'appuie sur la portion conjonctive, est formée d'une assise de cellules à noyaux fortement colorés et allongés. Ces noyaux offrent une orientation différente suivant les points: tantôt en effet, et le plus souvent, ils sont allongés parallèlement à la surface libre; tantôt au contraire ils sont perpendiculaires à celle-ci. Au-dessus existe une couche formée de plusieurs assises de cellules de forme allongée, à noyaux plus ou moins nettement ovoïdes, moins fortement colorés et plus volumineux que ceux de la couche précédente. Les limites de ces cellules sont assez peu apparentes; par places, cependant, on voit entre elles des espaces libres se dessinant sous la forme de lignes blanches; mais dans ces espaces on ne trouve aucun prolongement de Schultze. La couche suivante est formée de cellules à noyaux peu apparents, à protoplasme infiltré de granulations plus ou moins abondantes de kérato-hyaline. La partie qui répondrait ici au stratum lucidum est très peu appréciable. Tout à fait profondément, constituant la limite interne du kyste, existe une zone peu colorée, d'aspect lamelleux et dont l'épaisseur est beaucoup plus considérable que celle de toutes les couches précédentes réunies.

La portion conjonctive de la paroi kystique est formée de gros faisceaux tassés les uns contre les autres et de cellules à protoplasme peu abondant, à noyaux de formes diverses, mais pour la plupart allongés. La partie de cette zone conjonctive sur laquelle vient s'appliquer la couche cellulaire ne montre aucune saillie pou-

vant faire penser à l'existence de papilles. Les vaisseaux qu'on rencontre dans ce tissu conjonctif sont d'un diamètre très restreint. A l'extrême limite externe, on voit quelques glandes sudoripares et quelques lobules graisseux. Mais la situation de ces glandes et de cette graisse montre bien qu'ils doivent être rattachés non au kyste lui-même, mais à la peau du voisinage.

Du moment qu'il s'agit d'un kyste, on ne peut pas être surpris de voir des caractères anatomiques tout à fait différents de ceux du lipome. En ce qui concerne les symptômes cliniques, il serait peut-être moins aisé de faire une distinction. L'histoire que raconte la malade est bien particulière, car la patiente dit avoir enlevé une petite tumeur blanchâtre, mais nous trouvons dans nos observations de lipomes des renseignements souvent tout à fait semblables.

Le kyste épidermique se rencontre à la surface palmaire des mains et surtout des doigts, sous forme de petites tumeurs lisses, régulières, arrondies ou ovalaires, sans bosselures ni dépressions, jamais transparentes, du volume d'un pois à celui d'une noisette, et même parfois d'une noix. Le plus souvent, elles offrent une consistance dure et résistante, ou même élastique comme celle d'un fibrome; d'autres fois, molle et fluctuante. Dans une observation, Heydenreich rapporte que la palpation révélait une crépitation fine. La plupart du temps indolentes, surtout au début, elles peuvent aussi être sensibles à la pression, de préférence dans une seconde partie de l'évolution où celle-ci devient plus rapide et produit de la compression, de la gêne mécanique et aussi parfois de l'inflammation. Le malade se sent gêné et maladroit à saisir les objets. En général, le kyste est libre dans le tissu cellulaire dont on peut l'énuccléer, quelquefois adhérent à la peau, plus rarement aux parties profondes, gaines tendineuses par exemple. La peau, d'ordinaire, n'est pas altérée, à moins d'irritation. Les mouvements des tendons sont sans influence sur cette tumeur. Elle peut présenter, à sa partie la plus élevée, une sorte de pertuis dont les bords sont fortement fixés à la peau, et par

lequel il arrive que s'échappe spontanément, ou sous la pression du malade, une sorte de vermicelle blanchâtre. La tumeur s'affaisse aussitôt, mais il peut y avoir récédive, caractère que l'on retrouve chez le lipome.

L'évolution du kyste épidermique est lente, régulière et progressive, comme celle du lipome.

On voit que ces deux affections ont beaucoup de signes communs. Elles se rapprochent également par leur étiologie. En effet, le kyste épidermique s'observe surtout chez les adultes de sexe masculin et de profession manuelle, à la suite d'un traumatisme. Le malade a habituellement remarqué que la tumeur s'est développée au point exact de la blessure, mais il arrive également que celle-ci est passée complètement inaperçue. C'est surtout l'index qui est le siège de cette affection. L'intervalle latent, qui précède l'apparition, varie de deux mois à vingt-quatre ans.

Mais la pathogénie est totalement différente. Le kyste résulte de la greffe profonde d'un lambeau d'épiderme sous l'action d'un traumatisme, piqure surtout, produite de préférence par un instrument peu affilé ou acéré, qui a pu accrocher le fragment-germe. La rareté de ces tumeurs, malgré la fréquence de la cause, serait due à l'infection qui empêche la greffe de prendre.

A l'incision, on découvre une paroi plus ou moins souple, blanche ou même nacréée, et cette poche est constituée par une membrane conjonctive sans papilles dermiques, ni glandes, ni follicules et faiblement vascularisée. Le contenu, lamelleux à la périphérie, est constitué au centre par une matière pâteuse, comparable à du suif épais, du mastic blanc ou du riz cuit. La présence de graisse à l'intérieur de ces kystes ne signifie nullement leur radiation avec les glandes sébacées. Cette graisse provient directement, comme Darier l'a montré, de l'évolution de cellules épidermiques: « C'est un produit autochtone, au cours même du processus de kératinisation. »

Comme le lipome, le kyste est essentiellement bénin et se traite par l'extirpation.

On pourra faire le diagnostic par l'ensemble des signes suivants, nullement constants, et dont aucun n'est vraiment caractéristique, à l'exception du dernier, malheureusement assez rare :

Antécédents traumatiques;

Non-lobulation du kyste épidermique;

Parfois adhérence de la peau sans inflammation ni allure maligne de la tumeur (engorgement ganglionnaire, métastases, atteinte de l'état général, etc...);

Consistance plus dure et élastique que celle du lipome;

Volume moindre;

Douleur à la pression;

Evolution d'abord lente, puis accélérée;

Et enfin, expulsion du vermicule sébacé.

Nous n'insistons pas sur la ponction exploratrice, « *ultima ratio* » du clinicien en détresse.

Quant au kyste dermoïde, il offre une certaine ressemblance avec le kyste épidermique, mais il n'entre pas dans le cadre de ce travail de préciser ce diagnostic. Il peut être confondu avec le lipome pour son indolence, sa consistance, sa lente évolution, mais on parviendra cependant à le différencier, car il reconnaît souvent une origine congénitale, et on l'observe chez des sujets jeunes, alors que le lipome se rencontre chez des personnes plus âgées. Remarquons cependant que ceci n'a rien d'absolu. De plus, il arrive qu'il provoque des douleurs plus ou moins vives, il adhère en général davantage à la peau, et la ponction, une fois de plus, viendra éclairer ce diagnostic obscur.

La laderie est certainement la dernière affection qui se présente à l'esprit du clinicien hésitant devant un lipome. Et pourtant, il est légitime d'y songer, bien que ce soit un cas d'une rareté exceptionnelle (*cysticercus cellulosus* du *taenia solium*).

Les cysticerques peuvent se rencontrer partout, et M. le professeur W. Dubreuilh en cite un notamment, d'après Lewin, qui se trouvait dans la paume de la main droite. « Ils

se présentent comme de petites tumeurs du volume d'un pois à un haricot, bien limitées, d'une dureté presque cartilagineuse, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, mobiles sous la peau et sur les plans profonds, indolentes au point que le malade ignore souvent leur existence, sans aucune modification de la peau au-dessus d'elles. » Leur volume augmente progressivement et lentement, sans causer de gêne fonctionnelle, et leur pronostic local est bénin. Voilà des caractères qui ont vraiment le droit d'éveiller l'idée d'un lipome, si bien que l'erreur de diagnostic a été commise (Lewin). On pourra cependant dépister les cysticerques en se basant sur :

leur volume moins considérable;

leur surface régulière;

leur consistance plus ferme;

leur mobilité plus marquée;

leur multiplicité habituelle ou leur généralisation dans l'organisme;

et leur évolution tendant souvent à la résorption spontanée.

Enfin, nous avons vu qu'on a assigné au lipome une origine parfois inflammatoire. Dans les cas où ce sera possible, on devra tâcher de déterminer, par l'enquête clinique, si c'est un germe, infectieux ou parasite, qui est à la base de l'affection, et préciser sa nature, banale ou spécifique, afin de pouvoir diriger contre le mal une thérapeutique rationnelle parce qu'étiologique. L'observation de Finzi, qui vit un lipome disparaître après un traitement antisiphilitique, illustre brillamment, malgré qu'elle soit la seule, cette conception.

VII

Évolution, pronostic et complications.

L'évolution du lipome de la main est très lente et dure des années. La tumeur subit un accroissement continu, progressif, régulier. Elle reste parfois stationnaire, mais ne rétrocede pas, et ne subit aucune modification du fait de l'amaigrissement du sujet ou de son accroissement d'embonpoint, ce qui justement, comme nous l'avons vu, différencie le tissu lipomateux du lipome vrai, ainsi que le dit Brault dans le *Traité d'histologie pathologique* de Cornil et Ranvier.

Le traumatisme exerce peut-être une influence sur son accroissement.

Le lipome de la main est une tumeur bénigne entre toutes: il constitue une affection purement locale qui n'a aucun retentissement sur l'état général, et l'intervention chirurgicale n'est motivée que par la gêne mécanique ou le souci d'esthétique. Dans le cas malheureux de Notta, en 1882, où il y eut suppuration, l'insuffisance d'asepsie, le mauvais état du sujet sont beaucoup plus à incriminer vraisemblablement que la malignité du lipome.

Le lipome de la main est exposé à quelques complications, à la vérité très rares, qui reconnaissent comme cause prédisposante la faible vitalité de ces tissus, malgré que les tumeurs aient en général peu de tendance à suppurer, et comme cause efficiente des traumatismes, frottements, chocs, plaies, ou l'application de caustiques comme dans le cas de notre employé de commerce qui s'était confié aux bons soins de son coiffeur. Il peut en résulter toutes sortes d'accidents à par-

tir de la simple inflammation: abcès, fistules et même complications articulaires par suite d'infection de voisinage.

On peut voir survenir aussi des transformations diverses, mais rarissimes, par exemple une transformation calcaire. Nous avons vu qu'on a pu noter l'ulcération spontanée de la peau distendue qui recouvre la tumeur. La dégénérescence maligne ne semble pas impossible, mais on n'en connaît pas d'exemple.

Dans l'observation de Pelletan, que nous avons déjà critiquée, on a noté le renversement du pouce en arrière avec luxation de la première phalange sur la deuxième et exostose. Mais il est difficile d'apprécier exactement comment et dans quelle mesure ces divers accidents ont réagi les uns sur les autres. De même, dans le cas où le lipome avait rongé un os voisin, il est permis d'élever quelques doutes sur la vraie nature de cette tumeur.

Enfin, et c'est le point le plus important, il faut noter la récurrence possible après extirpation incomplète, par exemple dans le cas d'adhérences ou de lipome diffus. Parmi les observations les plus récentes, celles bordelaises du professeur Chavannaz et du docteur Charrier mettent bien cette particularité en lumière.

VIII

Traitement.

Nous avons vu que les lipomes n'ont aucune tendance à la régression spontanée. Au contraire, leur accroissement est constant. Il faut donc intervenir.

Nous n'avons pas l'intention de faire en détail l'histoire du traitement du lipome. Il est probable que, dans les temps anciens, cette « loupe » dut servir à mettre à l'épreuve les talents... ou l'imagination de maint thaumaturge, avec moins de bonheur sans doute que les verrues, et qu'à ce moment-là s'abstenir était le comble de la sagesse thérapeutique.

Plus tard, on eut recours à l'emploi des caustiques physiques ou chimiques. C'est ainsi que Legrand, dans un mémoire présenté à la Société de Médecine, à la séance du 22 juillet 1830, proposait l'ablation de ces sortes de tumeurs, sans opération sanglante, par l'application linéaire d'une solution concentrée de potasse qui rongerait la peau et permettait ensuite l'énucléation avec des pinces. Mais une telle méthode, outre qu'elle faisait souffrir grandement le patient, n'était pas sans l'exposer à de graves dangers. En effet, il fallait, pour qu'il fût efficace, que l'agent corrosif fût appliqué largement, et comme il était impossible d'en limiter l'action, non seulement la tumeur, mais encore les tissus voisins: tendons, gaines synoviales, etc., pouvaient être détruits. D'autre part, comme on n'en était pas encore à l'ère antiseptique, toutes sortes de complications infectieuses pouvaient s'abattre sur le malade: panaris, phlegmons, synovites. Le patient soigné par M. Chavannaz avait eu auparavant la funeste idée de suivre à trois

reprises un traitement de ce genre: teinture d'iode. puis pointes de feu, enfin pommade corrosive appliquée par un coiffeur, et nous avons relaté, au début de cette thèse, ses désagréments. Nous pensons que de telles pratiques ne peuvent qu'irriter la tumeur sans la détruire.

Certains médecins, avec une apparence de logique qui n'allait peut-être pas sans un peu d'humour — la chose, sinon le mot, étant aussi vieille que la médecine, — ou peut-être faute de mieux, conseillèrent la diète (Durant). Mais nous avons déjà vu que c'est justement le propre des lipomes de ne subir en rien les variations de l'embonpoint général du sujet.

On a préconisé aussi la ligature, au cas seulement de tumeur pédiculée; mais aucune observation ne mentionne de lipome de ce genre.

En définitive, il ne reste qu'un traitement: l'extirpation chirurgicale. Il n'est pas dans nos intentions d'insister sur la technique opératoire de cette intervention: nous supposons le chirurgien assez averti. D'ailleurs, chaque lipome a sa forme propre, et par suite des rapports de voisinage, adhérences, etc., offre des difficultés spéciales. Il n'y a que des cas particuliers auxquels doit s'adapter l'opérateur. Nous mentionnons seulement que ce dernier peut être gêné lorsque les adhérences intéressent les nerfs, les vaisseaux ou les gaines. Il doit alors se livrer à une dissection minutieuse. D'autre part, après l'ablation, il ne doit pas trop réséquer de la peau qui couvrirait la tumeur, par crainte de la rétraction cicatricielle.

Le pronostic opératoire est très favorable, et la main doit être rendue intégralement à ses fonctions. Nous devons cependant rappeler l'observation de Vanverts, dont le malade ne guérit pas d'une façon normale. Trois ans après l'opération, sa sensibilité restait obtuse, et il en résultait quelques difficultés pour le jeu du piano, dont cet homme faisait son métier. L'index percevait mal les touches et frappait souvent à côté du point visé. Nous devons signaler également que, d'après Potherat, le malade de Follin a succombé. Mais rappelons-nous

que l'histoire se passe en 1852, et que l'ignorance de l'antiseptie favorisait l'apparition des complications post-opératoires.

Il y a un point très important sur lequel on doit attirer l'attention: il faut enlever absolument toute la tumeur, sans en laisser un seul fragment de lobe, sans quoi la récurrence est possible. Blum en a cité un cas; nous avons rapporté celui de Martin et Grenier, et l'on a vu que pareille aventure était arrivée à la cuisinière opérée par le docteur Charrier à l'hôpital Bel-Air.

CONCLUSIONS

- I. — Le lipome de la main est une tumeur très rare.
- II. — Son étiologie et surtout sa pathogénie demeurent encore incertaines.
- III. — Sa symptomatologie est souvent trompeuse, au point que parfois l'erreur est inévitable.
- IV. — Le diagnostic, notamment avec le kyste épidermique, par sa difficulté, doit retenir l'attention.
- V. — Le pronostic ne comporte aucune gravité.
- VI. — Le traitement de choix est l'extirpation.

Vu : *Le Doyen,*
D^r C. SIGALAS.

Vu, BON A IMPRIMER :
Le Président,
D^r CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 17 juillet 1922.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Doyen délégué,
D^r C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT (Eduard). — Lipome del'éminence thénar. *Lehrbuch der Chirurgie*, 1881, vol. II, p. 521.
- BAUMGARTNER. — Congrès de Berlin, 1887.
- BERENCHTEIN. — Thèse de Montpellier, 1918-1919.
- BERSAGUES (DE). — *Annales de la Société belge de chirurgie*, 1894-1895, vol. II, p. 377.
- BIGELOW. — Cité par S. Gross. *System of Surgery*, t. II, p. 1018.
- BILHROTH. — Pathologie chirurgicale générale.
- BLOCH. — Hosp. tidende Kjolen, 1878, t. V, p. 17-20.
- BLUM. — De la chirurgie de la main, 1882, p. 157.
- BOINET. — Lipome sous-aponévrotique de la paume de la main. *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 271.
- BOUCHET (P.). — *Bulletins et mémoires de la Société d'anatomie de Paris*, juillet 1905.
- BOUJU. — Des lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse. Thèse de Paris, 1892.
- BOUSQUET. — Société de chirurgie, 1887, vol. XIII, p. 419.
- BROCA. — Traité des tumeurs, p. 199.
- BRYANT. — Lipome de la paume de la main simulant un ganglion ; excision ; guérison. *The Lancet*, 1884, vol. I, p. 845.
- CANABY (J.). — Étude sur le lipome de la paume de la main. Thèse de Toulouse, 1895.
- CHASSAIGNAC. — *Gazette des hôpitaux*, 1868.
- CHAVANNAZ. — *Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux*, 1897, p. 143.
- CUFF. — *Lancet*, 1898, vol. I, p. 1397.
- DESPRES. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1882, p. 389.

- DUBAR. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1891, n. s. XVII, 630-1852.
- DUPUYTREN. — *Gazette médicale de Paris*, 1834, p. 210.
- DURANT. — Thèse de Bordeaux, 1893.
- ESTOR. — Lipome de la région palmaire gauche. *In* Thèse de Berenchtein.
- FOLLIN. — Société de biologie, 1852.
- FOUCHER. — Cité par P. Cosson. Thèse de Paris, 1879.
- FULLERTON. — *Saint-Paul med. J.*, 1900, vol. II, p. 474.
- GROSS (S.). — *System of Surgery*, vol. II, p. 1018.
- GROSS. — Cité par Durant. Thèse de Paris, 1893.
- HEINHEIL. — Thèse de Tübingen, 1891.
- *Beiträge z. klin. chir.*, 1890-1891, vol. VII, p. 605.
- HODGES. — *Boston med. Journal*, 18 octobre 1884, p. 362.
- HÖCKEL. — *Cent. f. chir.*, 1888.
- KUSTER. — *Arch. de Langenbeck*, t. XII, p. 628.
- LANNELONGUE. — Cité par Sénac. Thèse de Paris, 1883.
- LAUNAY. — *Bulletins et mémoires de la Société d'anatomie de Paris*, 13 et 14 octobre 1893, vol. LXVIII, p. 518-520.
- LE FORT. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1882, p. 391.
- LISTON. — *The Lancet*, 1840-1841, t. III, p. 794.
- MANGÉ. — Thèse de Bordeaux, 1922.
- MARGRAVE. — *Brit. med. Journ.*, 1896, vol. I, p. 1501.
- MARTIN et GRENIER. — *Paris médical*, n° 14, 8 avril 1922, p. 303.
- MARTIN. — *Münch. med. Woch.*, 1906, p. 973, vol. I.
- MAÇON-WAREN. — *System of Surgery*, vol. II, p. 1018. Cité par S. Gross.
- MATHIEU. — *Archives de médecine normale*, 1885, et *Gazette des hôpitaux*, juillet 1890, p. 721.
- MOLLO. — *Incurabili Napoli*, 1893, vol. VIII, p. 169.
- MORESTIN (H.). — Lipome congénital de la main. *Bulletins et mémoires de la Société d'anatomie de Paris*, 21 novembre 1913.
- MORTON. — *Intern. Clin. Phil.*, 1900, vol. I, p. 136.
- MOUCHET (Albert). — Lipome de la paume de la main. *Bulletins et mémoires de la Société d'anatomie de Paris*, mars 1914.

- MOULINIER. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1882, p. 618-621.
- MULLER (Frantz). — *Arch. f. klin. Chir.*, 1901, C. LXIII.
- NEYBER. — *Hygieia Svenska Lakareselskabs Förhand*, p. 33, et *Sahresbericht de Gurll et Hirsch*, 1870, p. 184, 30, I.
- NOTTA. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1882, p. 389.
- OBROSOFF. — *Sebinskaia Wratchebnara Gazeta*, n° 30, 24 juillet 1911.
- ODOUL. — Thèse de Lille, 1902-1903.
- OLMER. — Lipome sous-cutané et tuberc. *Marseille médical*, 1907, p. 758; *Progrès médical*, 1907, p. 603.
- PEAN. — Lipome de la main droite; extirpation; guérison. Thèse de Cosson, Paris, 1879, p. 54.
- Lipome de la main; ablation; guérison. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1889-1890, t. IX.
- PELLETAN. — Lipome fermé au dedans du pouce et de la main. *Clinique chirurgicale*, t. I.
- PERRASSI. — Ablation d'un volumineux fibro-lipome de la paume de la main; guérison parfaite. *Giorn. di R. Acad. di Med. di Torino*, 1870, t. XX, p. 241.
- PITRES. — Lipome fibreux de l'éminence thénar. *Bulletins et Mémoires de la Société d'anatomie de Paris*, 1873.
- PLAITOS. — Γαλγνος Αθηναί, 1883, p. 415.
- POLAILLON. — Articles Doigt et Main du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.
- POTIERAT. — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 21 novembre 1900, XXII, 1054-1055.
- POULET. — Mémoire sur les lipomes acquis de la main et des doigts. *Revue de chirurgie*, t. VI, août 1886, p. 631.
- POZZI. — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1882, p. 621.
- QUÉNU. — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. I.
- RANKE. — *Arch. de Langenbeck*, t. XX, p. 381, 1876. *Clinique de chirurgie de Kœnig*, t. III, p. 297.
- RECLUS. — Pathologie externe.
- RICHET. — Fibro-lipome de la main. *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 213.

- RICOU. — Lipome circonscrit de la paume de la main (éminence thénar). *Bulletins et mémoires de la Société d'anatomie de Paris*, 12 juin 1903.
- RIGAUD. — *Revue médicale de l'Est*, 1873, t. III, p. 242.
- ROBERT. — *Annales de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1844, p. 343.
- ROGNETTA. — *Gazette médicale de Paris*, 1834, p. 212.
- ROUTIER. — Gros lipome du petit doigt. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 29 juin 1910.
- SÉNAC. — Thèse de Paris, 1885.
- SMITH. — *Tr. M. S. London*, 1896-1897, vol. XX, p. 345.
- TILLAUX. — *Gazette des hôpitaux*, 1894.
- TRÉLAT. — Lipome de la main simulant un kyste synovial. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1869, vol. IX, p. 173; *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 223.
- TWYNAM (G.). — *Brit. med. Journ.*, Londres, 1889, vol. I, p. 1292.
- VILLAR. — *France médicale*, 20 avril 1886, p. 544.
- VOITURIEZ. — *Journal médical de Lille*, 1893, vol. II, p. 409.
- WAGNER. — Hypertrophie de la main; tumeur lipomateuse acquise. *Arch. de Langenbeck*, t. VII, 1865.

